

ENFOQUE TÉCNICO DE *NGO NETWORKS*
PARA LOS PROGRAMAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS

Julio 2000

ENFOQUE TÉCNICO DE *NGO NETWORKS*
PARA LOS PROGRAMAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS

Julio 2000

A publication of the
NGO Networks for Health Project

Copyright © 2000 por NGO Networks for Health. Quedan reservados todos los derechos.
Ejemplares adicionales pueden ser obtenidos mediante:

NGO Networks for Health
1620 I Street NW, Suite 900
Washington, DC 20006
EE.UU.
Tel. 202-955-0070
Fax 202-955-1105

www.ngonetworks.org
info@ngonetworks.org



TABLE OF CONTENTS

RECONOCIMIENTOS.....	V
RESUMEN BREVE.....	VII
Introducción	vii
La Filosofía de <i>Networks</i>	vii
El Planteamiento de <i>Networks</i>	ix
SIGLAS.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	I
Información general	I
La importancia del cambio de conductas en <i>Networks</i>	I
Objeto del documento de NGO <i>Networks</i> sobre su planteamiento técnico en los Programas de Cambio de Conductas	3
PRINCIPIOS RECTORES DE <i>NETWORKS</i> PARA LOS PROGRAMAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS.....	5
RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS.....	7
Recomendación para programas no. 1	8
Recomendación para programas no. 2	9
Recomendación para programas no. 3	11
Recomendación para programas no. 4	15
Recomendación para programas no. 5	17
Recomendación para programas no. 6	18
Recomendación para programas no. 7	20
PLANTEAMIENTO DE <i>NETWORKS</i> PARA LOS PROGRAMAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS.....	23
Marco para el diseño de programas de cambio de conducta de <i>Networks</i>	23
Metodologías a utilizar en la evaluación social o de calidad de vida	23
<i>Diagnóstico de la comunidad</i>	25
<i>Evaluación rural participativa o aprendizaje y acción participativa</i>	25
<i>La metodología de etapas o pasos</i>	25
<i>Otras metodologías de tipo cualitativo</i>	26
Relación entre la obtención de datos cualitativos y la totalidad del Plan de Evaluación y Seguimiento	26
Enfoques técnicos que hay que utilizar	26
Cauces de comunicación y estrategias que se usarán	30



LA ESTRATEGIA DE EJECUCIÓN.....	35
En plan de entrada	35
Estrategias de intervenciones de cambio de conducta para países específicos	36
BIBLIOGRAFÍA	39
APÉNDICE A - Glosario	47
APÉNDICE B - A continuación se presenta una lista de ejemplos de indicadores de programas sobre las acciones y conductas promovidas por el proyecto (tomados del plan de evaluación y seguimiento).....	49
APÉNDICE C - Teorías de cambio de conducta	51
APÉNDICE D - Algunos de los instrumentos populares de Evaluación rural participativa (PRA) y Aprendizaje y acción participativos (PLA) utilizados en los programas de salud reproductiva.....	53
APÉNDICE E - Ejemplo de lista de temas y métodos para realizar evaluaciones participativas con adolescentes sobre salud sexual y reproductiva	57
APÉNDICE F - La actuación por etapas o pasos (<i>stepping stones approach</i>)	63
APÉNDICE G - Otros métodos cualitativos que pueden usarse al diseñar las intervenciones de cambio de conducta de <i>Networks</i>	65
APÉNDICE H - Niveles de participación: fines y medios	67
APÉNDICE I - Ejemplo de lista de preguntas a considerar cuando se elabora una estrategia de programas de cambio de conducta en los países donde se concentra <i>Networks</i>	69



RECONOCIMIENTOS

Muchas personas han contribuído a la elaboración de este documento, titulado *Planteamiento técnico de NGO Networks for Health (Networks) en los programas para cambio de conductas*. Algunos participaron en el debate inicial que nos llevó a decidir el planteamiento de *Networks* para los programas de cambio de conductas; otros revisaron e hicieron comentarios a los diversos borradores del presente documento, y hubo quienes participaron en todas las etapas de su elaboración.

En nombre de *Networks*, aprovecho esta oportunidad para reconocer la labor de las siguientes personas y expresar mi agradecimiento por su valiosa contribución a este documento.

Gracias especialmente a todos los que revisaron los diversos borradores e hicieron inteligentes comentarios de suma utilidad, entre ellos se encuentran Sumana Brahman, Rita Feinberg, Ruth Hope, Kerry MacQuarrie, Diana Myers, Mike Negerie, Catharine Pownall, Theresa Shaver y Joseph Valadez, entre el personal de *Networks*; Sam Clark, Barbara Crook, Elaine Murphy, Anne Wilson y Nancy Yinger, de PATH; Catharine McKaig and Judy Ann McNulty, de CARE; Jay Edison, de ADRA; David Oot, de Save the Children/USA; Abiola Tilley-Gyado, de PLAN International; Maureen Norton, Lisa Childs, Elizabeth Fox, Michal Avni, Brenda Doe, Maria Busquets, de USAID; Lydia Clemmons, de The Change Project; Stan Yoder, de MACRO International, Inc.; Nicole Cheetham, de Advocates for Youth; Nancy Russell, de The Maternal and Neonatal Health Project; y Laurie Krieger, de Environmental Health Project.

Deseo asimismo hacer mención de quienes participaron en los debates iniciales sobre el planteamiento técnico de *Networks* para el cambio de conductas. En concreto, se agradecen las contribuciones realizadas por Collins Airhihenbuwa, de la Universidad Estatal de Pennsylvania; Susan Watkins y Ricardo Wray, de la Universidad de Pennsylvania; Robb Davis, de Freedom from Hunger; Lyra Srinivasan, de Sarar International; Everold Hosein, de Burson-Marsteller, Inc.; Silvia Luciani, de UNICEF; Jodi Jacobson, del centro de salud y equidad de género (Center for Health and Gender Equity); Don Levy, de The Futures Group; Dana Faulkner, Julia Rosenbaum y Lydia Clemmons, de The CHANGE Project; Ronnie Lovich y Lisa Howard-Grabman, de Save the Children/USA; Carol Hooks, Asha Mohamud, Elaine Murphy y Anne Wilson, de PATH; Doug Storey, del Centro de Programas de Comunicación, de Johns Hopkins University; John Strand, de la Academia para el Desarrollo Educativo; Jillian Popkins, del Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional; Maureen Norton, de USAID; y Sumana Brahman, Don Graybill, Ruth Hope, Mike Negerie, Theresa Shaver, Catherine Pownall y Joseph Valadez, de *Networks*.

Premila Bartlett
Asesora de Comunicaciones y Cambio de Conducta





RESUMEN BREVE

Introducción

NGO Networks for Health (*Networks*) es una sociedad financiada por USAID y constituida para funcionar por período de 5 años, que combina los recursos de sus cinco organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas y tiene como fin mejorar la planificación familiar, la salud reproductiva, la supervivencia infantil y las conductas relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Dichas ONG son las siguientes: ADRA (*Adventist Development and Relief Agency*/entidad adventista de ayuda al desarrollo), CARE (*Cooperative for Assistance and Relief Everywhere*/cooperativa para la ayuda y auxilio en todo lugar), PLAN International, PATH (*Program for Appropriate Technology in Health*/programa para la tecnología apropiada en salud) y Save the Children/US.

El cambio de conductas es uno de los principales aspectos de la misión de *Networks*, y ocupa un lugar prominente en el objetivo estratégico de la organización, que es elevar el uso de los servicios de planificación familiar, salud reproductiva, supervivencia infantil y combate del VIH, y las conductas que ello conlleva, mejorando la capacidad de las redes de organizaciones voluntarias privadas (OVP) y de ONG. El cambio de conductas también aparece en dos de los cuatro resultados del Marco de Resultados de *Networks*. En el Resultado no. 1 (que se refiere a la capacidad sostenible de las OVP para proporcionar atención de calidad en los anteriores servicios) se pone énfasis en el cambio institucional; y en el Resultado no. 2 (referente a la existencia de conocimiento correcto y logros sostenibles en el cambio de conductas a nivel comunitario) en el cambio a nivel comunitario. El presente documento se ocupará de este último aspecto .

Networks en sí no realiza programas de cambio de conducta, sino que apoya los que llevan a cabo sus cinco entidades asociadas en los países donde se concentran. Por ello, la intención de este documento no es presentar un plan maestro para la realización de programas específicos de cambio de conductas, sino que indica la postura de *Networks* en lo referente a los principales principios rectores y el marco estratégico para el diseño y puesta en práctica de dichos programas.

La Filosofía de *Networks*

El planteamiento de *Networks* para el cambio de conductas se centra en la comunidad, y especialmente en la potenciación o empoderamiento de la misma, con el objetivo final de promover el cambio social. Por ello abarca los conceptos de establecimiento de alianzas, participación, empoderamiento, derechos humanos y la promoción de los recursos de la comunidad. Dicho enfoque se rige y orienta por una serie de lecciones claves aprendidas a través de los años en los programas de promoción de la salud. A continuación se resumen las pautas recomendadas para programas, extraídas de entre las lecciones más importantes:

1) El cambio de conductas es un proceso que tiene lugar a nivel individual y en grupo, y es parte integral del cambio social.

Muchas de las teorías más conocidas sobre el cambio de conducta provienen de la psicología clínica y social, y presentan modelos lineales centrados en la persona, por lo que generalmente son de aplicación limitada en conductas relativas a la transmisión del VIH y otros temas de salud



pública en los países en desarrollo. Ello se debe más que nada a que dichos modelos no toman suficientemente en cuenta el contexto cultural y social en que las personas toman decisiones y actúan. Si bien el cambio individual es importante, dicho cambio es afectado y alentado por la conducta del grupo y otros contextos sociales. *Networks* entiende esto y por ello planea concentrarse en teorías y programas que se ocupan de la conducta de grupos y del cambio social.

- 2) Los programas de cambio de conductas deben replantearse lo que se define como “públicos meta” y “beneficiarios”. Tanto los unos como los otros deben ser partícipes y autores de su propio cambio, no objeto del mismo.**

Los programas de comunicación para el cambio de conductas basados en la información, educación y comunicación (IEC) de temas relacionados con la salud describen a la gente a quien van dirigidos como “públicos meta” o “beneficiarios”. Dicho enfoque pone énfasis en el conocimiento del “experto” externo sobre lo que mejor funciona, según él. Los programas de cambio de comportamiento de *Networks* considerarán a los “beneficiarios” como parte del proceso, como personas racionales y creativas que, con las herramientas apropiadas, son capaces de descubrir sus propios problemas, encontrar soluciones y obtener los recursos necesarios. En vez de convencer a la gente para que haga algo, *Networks* tratará de hacer que la gente se cuestione la situación, y alentar a la gente a que cuestione las cosas, y negocie la mejor forma de avanzar en un proceso de colaboración.

- 3) Para cambiar comportamientos no basta con tener un conocimiento sólido de cuestiones de salud pública, también es importante considerar los factores sociales, económicos y políticos.**

Generalmente existe una discrepancia entre el conocimiento y la práctica en la salud pública, lo que indica que, si bien dicho conocimiento juega un papel importante en el cambio de comportamiento, no necesariamente redundará en la conducta adecuada. Existen también otros factores, como los sociales, económicos y políticos, que tienen gran impacto en las conductas que afectan el estado de salud de las personas. Es por esa razón que los programas de cambio de conductas de *Networks* adoptarán un criterio doble; proporcionarán datos correctos sobre la salud pública, pero también tratarán de crear un ambiente favorable (*enabling environment*) que promueva la adopción y continuación de conductas que elevan el estado de salud de la gente.

- 4) Al utilizar los recursos de la comunidad, su conocimiento y puntos fuertes, existen mayores posibilidades de que el cambio de conducta perdure.**

Muchos programas de desarrollo se han concentrado en traer de fuera los recursos que necesita la comunidad para hacer frente a problemas de salud y otras necesidades de desarrollo; pero recientemente los encargados de programas de desarrollo tratan de buscar soluciones dentro de la comunidad, por reconocer que el conocimiento y recursos de la misma pueden proporcionar una respuesta más sostenible que la que llega de fuera, o de “expertos”. *Networks* tendrá en cuenta el conocimiento e información de la comunidad y promoverá el uso de los puntos fuertes, recursos y cualidades de la misma al abordar cuestiones de salud.



5) Los programas de cambio de conductas deben responder a las demandas latentes o explícitas que existan en la comunidad.

Networks piensa que los programas de cambio de conductas deben responder a las necesidades existentes en la comunidad, tanto las que se reconocen como las que pasan desapercibidas. En este último caso los programas se concentrarán en ayudar a la gente a expresar sus necesidades y proponer soluciones por su cuenta.

6) Los proveedores de servicios deben tener capacidad de acción para poder abordar debidamente las necesidades de sus clientes y ofrecer servicios sanitarios de calidad.

En la mayoría de los establecimientos sanitarios del mundo, los proveedores de servicios se sienten sin capacidad o fuerza alguna para efectuar cambios en el sistema general de salud. Con frecuencia no son pagados lo suficiente, trabajan más de la cuenta, carecen de los materiales esenciales y sienten que nadie agradece lo que hacen. Dichas personas piensan que no pueden mejorar la situación, aunque se espera que respondan a las necesidades de sus clientes y proporcionen servicios sanitarios de calidad. Los programas de *Networks* tratarán de empoderar a los proveedores de servicios para que puedan cambiar respectivos sistemas, y estar en mejores condiciones de responder a las necesidades de sus clientes.

7) Para mejorar la calidad de los servicios de salud y su uso, hay que fomentar el diálogo con la comunidad. Los proveedores de servicios y la comunidad deben de definir conjuntamente en qué consiste la calidad.

Las conductas que promueven la salud dependen de una serie de factores, pero la opinión que la gente tiene sobre la calidad de la atención determina si se utilizan o no los servicios de salud. Por ello hay que preguntarse ¿quién define la calidad de la atención? Normalmente lo hacen los planificadores y proveedores de servicios, basándose en un paradigma biomédico, en vez de en el contexto más amplio que representa lo sociocultural. *Networks* fomentará el diálogo entre los proveedores de servicios de salud y la comunidad donde trabajan, para que definan conjuntamente en qué consiste la calidad y logren un mejor entendimiento mutuo. También se busca que los proveedores muestren mayor respeto por sus clientes y que estos sientan los servicios como algo suyo.

El Planteamiento de *Networks*

Como se dijo anteriormente, *Networks* no tiene programas de cambio de conductas, sino que apoya los que diseñan y llevan a cabo sus entidades asociadas en países específicos. El método de *Networks* es alentar a sus ONG asociadas a hacer una serie de evaluaciones iniciales de la situación, para obtener información sobre el estado de salud y las conductas relacionadas con el mismo en las áreas donde se llevan a cabo los programas. *Networks* recomienda tres evaluaciones diferentes:

- 1) un estudio epidemiológico, para determinar cuáles son las causas más serias y frecuentes de enfermedad y muerte que pueden prevenirse;



- 2) un estudio social o de calidad de vida, que consiste en obtener la opinión de la comunidad (hogares, establecimientos de salud, principales interesados) sobre los mayores problemas de salud, usando para ello una serie de metodologías claves, como el diagnóstico comunitario, la evaluación rural participativa, y el enfoque pasos o etapas); y
- 3) una evaluación de conductas y estilo de vida, que trata de determinar qué conductas de la comunidad perpetúan los problemas de salud, y cuáles los evitan.

Estas evaluaciones permitirán a las entidades asociadas de *Networks* en los países donde se trabaje y a las comunidades con las que se colabore a determinar cuáles son las necesidades sanitarias de prioridad para comenzar a diseñar programas que las aborden. Dependiendo de las circunstancias, *Networks* asesorará y apoyará al personal del país sobre las siguientes tareas relacionadas con el diseño y realización de los programas:

- establecer los propósitos y objetivos
- diseñar las estrategias del programa
- determinar las necesidades de asistencia técnica y cómo pueden satisfacerse
- crear un plan de comunicación
- crear un plan de propugnación
- crear un plan de capacitación
- determinar los papeles y responsabilidades de los principales actores
- hacer un inventario de los recursos locales
- decidir cómo se movilizarán los recursos
- desarrollar un plan de seguimiento y evaluación

Networks espera aplicar una mezcla de planteamientos técnicos en el cambio de conductas, porque no existe ningún método que sea adecuado para todos los contextos, grupos de personas o estrategias. Debido a que queremos concentrarnos en las conductas en términos de la potenciación de la comunidad y el cambio social a largo plazo, preferimos enfoques que ofrezcan más posibilidades de conducir a la movilización social. Definimos la movilización social como una serie de acciones y procesos planeados o espontáneos que nos llevan a establecer contacto con la sociedad, hacer partícipes a todos los sectores pertinentes de la misma, desde la comunidad a los niveles nacionales, e influir sobre ellos con objeto de crear un ambiente favorable que fomente y logre cambios positivos de conducta y el cambio social. Los cuatro enfoques técnicos específicos para promover la movilización social son la movilización de la comunidad, la comunicación para lograr el cambio social, la propugnación de políticas, y el mercadeo social.

La comunicación es la clave de estos cuatro enfoques y de la filosofía de *Networks* centrada en la potenciación de la comunidad (así como de todo cambio de conducta). *Networks* recomienda usar una variedad de cauces de comunicación, como la comunicación a nivel personal, la que se realiza mediante asesoría, medios impresos, medios de comunicación populares (teatro, títeres, canciones, bailes), medios electrónicos y otros medios de comunicación masiva.



Networks aplicará su estrategia para el cambio de conductas en siete etapas o pasos:

- 1) Estudiará la forma en que las entidades asociadas de *Networks* en los países donde éste se concentra planean y tratan de lograr el cambio de conducta a nivel nacional
- 2) Estudiará la forma en que otras redes abordan el cambio de conducta en dichos países
- 3) Reunirá a representantes de las entidades asociadas de *Networks* y otras redes para estudiar la posibilidad de colaboración y las ventajas que ello conlleva. En concreto los participantes hablarán de sus respectivos logros y recursos, repasarán el planteamiento técnico de *Networks*, esbozarán un enfoque común que combine sus recursos, diseñarán las estrategias de ejecución en los correspondientes contextos locales, determinarán la necesidad de elevar la capacidad, y revisarán y corregirán los materiales de comunicación que existan.
- 4) Analizará, junto con el personal del país en cuestión, la forma en que se ejecutarán los programas y cómo se hará la investigación cualitativa (y se ligará al programa general de evaluación y seguimiento).
- 5) Trabajará con el personal del país en cuestión para determinar las necesidades de asistencia técnica y esbozar un plan para elevar la capacidad.
- 6) Informará periódicamente (junto con el personal del país) a la misión local de USAID sobre el progreso realizado en los programas de cambio de conductas.
- 7) Patrocinará continuamente una serie de actividades de apoyo, como la recopilación y diseminación de instrumentos y guías de orden general, y creará foros para debatir y compartir información.





SIGLAS

ADRA	<i>Adventist Development and Relief Agency</i> (entidad adventista de ayuda al desarrollo)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
CARE	<i>Cooperative for Assistance and Relief Everywhere</i> (cooperativa para la ayuda y auxilio en todo lugar)
SI	Supervivencia infantil
PF	planificación familiar
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
CAP	Conocimiento, aptitudes y prácticas
ONG	Organización no gubernamental
NSMP	Programa de Nepal para la maternidad sin riesgo
PATH	<i>Program for Appropriate Technology in Health</i> /programa para la tecnología apropiada en salud
OVP	Organización voluntaria privada
SR	Salud reproductiva
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional





INTRODUCCIÓN

Información general

El proyecto de Salud de NGO Networks (Networks) es un acuerdo de cooperación financiado por USAID por un período de cinco años, y realizado por una asociación de cinco organizaciones no gubernamentales (ONG)¹: ADRA (*Adventist Development and Relief Agency*/entidad adventista de ayuda al desarrollo), CARE (*Cooperative for Assistance and Relief Everywhere*/cooperativa para la ayuda y auxilio en todo lugar), PLAN International, PATH (*Program for Appropriate Technology in Health*/programa para la tecnología apropiada en salud) y Save the Children/US. Networks se basa en la premisa de que los servicios actuales de planificación familiar (PF), salud reproductiva (SR)², supervivencia infantil (SI), y combate del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA — designados de ahora en adelante por sus siglas PF/SR/SI/VIH—no pueden satisfacer la demanda proyectada de los mismos. El proyecto abordará el crecimiento en la demanda de información y servicios, ampliando estos últimos mediante nuevos enfoques de colaboración, como el establecimiento de redes y asociaciones de ONG, organismos del sector público y otras entidades del sector privado.

El cometido de *Networks* es el siguiente:

- Elevar la capacidad de nuestras cinco entidades asociadas, para que colaboren más en la realización de programas de gran calidad en las áreas anteriormente mencionadas (PF/SR/SI/VIH).
- Establecer entre 4 y 8 redes de organizaciones voluntarias privadas (OVP), ONG y otros proveedores de los sectores público y privado, en los países donde se concentran las entidades asociadas de *Networks*, para proporcionar mayor información y servicios de PF/SR/SI/VIH entre el 10 y el 20% de los usuarios en cada país o área de proyecto.

Aparte de lo anterior, *Networks* espera que el proyecto mejore la facultad de sus entidades asociadas para elevar la calidad de los programas y la actitud de colaboración en las áreas mencionadas (PF/SR/SI/VIH) en otros países donde trabajan.

La importancia del cambio de conductas en *Networks*

El cambio de conductas juega un papel crucial en *Networks*. El logro del objetivo estratégico del proyecto --*elevar la capacidad de las redes de OVP y ONG para lograr un mayor uso de los servicios de planificación familiar, salud reproductiva, supervivencia infantil y combate del VIH (es decir, PF/SR/SI/VIH) y las conductas que ello conlleva*-- depende de varios factores. El cambio de conductas es esencial, tanto a nivel institucional como en la comunidad. De los cuatro resultados en el Marco de Resultados de *Networks* (ver la Figura 1), los números 1 y 2 se refieren a dicho cambio. El Resultado 1 (elevar la capacidad de las entidades asociadas) se refiere al cambio de conductas a

¹ También conocidas como organizaciones voluntarias privadas o OVP.

² En este documento y en todo el proyecto, el concepto de salud reproductiva se refiere a la Maternidad sin Riesgo. La Planificación Familiar y el combate del VIH y el SIDA, así como de otras infecciones de transmisión sexual se verán bajo otro rubro.



FIGURA I - Marco de resultados de NGO *Networks for Health*

Marco de Resultados de NGO Networks for Health

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Mejora del uso de los servicios de PF/SR/SI/VIH y de las conductas que ello conlleva, elevando la capacidad de las redes de ONG y OVP

Resultados intermedios principal

UNO: Capacidad sostenida de las OVP para proporcionar servicios de PF/SR/SI/VIH de calidad

DOS: Conocimiento correcto y cambio sostenido de conductas en la comunidad

TRES: Más amplias y duraderas redes de OVP y ONG para la provisión de servicios de PF/SR/SI/VIH.

CUATRO: Mayor cobertura de servicios mediante alianzas público-privadas y entre entidades privadas

1.3 Mejora en la prestación de servicios de PF/SR/SI/VIH en las áreas de proyectos de OVP

2.2. Mayor aplicación de estrategias efectivas de intervenciones para cambios de conducta

3.3. Mejora en la provisión de servicios de PF/SR/SI/VIH mediante el establecimiento de redes.

4.3 Mejora en la provisión de servicios mediante alianzas público-privadas y entre entidades privadas

1.2 Mejora en la capacidad de las OVP para proporcionar los servicios más actualizados de PF/SR/SI/VIH

2.1 Mayor capacidad de parte de las OVP y ONG para integrar intervenciones de cambio de conducta en los programas de PF/SR/SI/VIH.

3.2 Mejora en la capacidad de las redes para proporcionar mayor cobertura en los servicios y mayor calidad.

4.2 Mayor formalización de las alianzas publico-privadas y entre entidades privadas

1.1 Mayor compromiso institucional para realizar los programas más actualizados de PF/SR/SI/VIH

2.1 Mayor capacidad de parte de las OVP y ONG para integrar intervenciones de cambio de conducta en los programas de PF/SR/SI/VIH.

3.1 Mayor compromiso por parte de las OVP y ONG para mejorar la calidad y la provisión de información y servicios de PF/SR/SI/VIH, mediante la creación y el

4.1 Mayor compromiso público-privado de proporcionar información y servicios de PF/SR/SI/VIH mediante el establecimiento de alianzas

Resultados intermedios

Problema: Los sistemas actuales de atención a la salud no pueden satisfacer eficazmente las necesidades de información y servicios de PF/SR/SI/VIH de una población que va en aumento

Hipótesis de desarrollo: Si se mejora la capacidad de las OVP y ONG para proporcionar servicios de PF/SR/SI/VIH, y si se crean redes de OVP y ONG (o se refuerzan las redes existentes), se podrá elevar notablemente y de forma sostenible la calidad, el uso y el acceso a



nivel institucional, e incluye enfoques para ayudar a cada una de las entidades socias a diseñar y aplicar la adecuada perspectiva y “estrategia de cambio”, con objeto de mejorar la dedicación y capacidad de prestación de servicios en las áreas mencionadas (PF/SR/SI/VIH). El presente documento se refiere al Resultado 2, que se concentra en el cambio de conductas a nivel comunitario.

Objeto del documento de NGO Networks sobre su planteamiento técnico en los Programas de Cambio de Conductas

Este documento describe el planteamiento técnico de *Networks* para el cambio de conductas, y establece principios rectores y un marco estratégico para el diseño y ejecución de programas de cambio de conductas en los países donde nos concentramos. *Networks* en sí no realiza programas de cambio de conductas, sino que son nuestras entidades asociadas sobre el terreno quienes los diseñan y llevan a cabo a nivel de país, basándose en los objetivos específicos de los mismos, las necesidades locales, el contexto y los recursos disponibles. Por lo tanto este documento no constituye un plan detallado de ejecución, ni un manual “de cómo hacer las cosas”, sino que se presenta a título orientativo y para mostrar la postura de *Networks*.





PRINCIPIOS RECTORES DE NETWORKS PARA LOS PROGRAMAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS

La organización de la comunidad continúa jugando un papel crucial en la educación sobre salud, la promoción sanitaria, los programas de cambio de conductas y disciplinas afines. También es acorde con la filosofía de la mayoría de los principios fundamentales de la comunicación efectiva para la educación sobre la salud y otros enfoques destinados al cambio social (60,76). Es decir, los principios rectores del proyecto de *Networks* se basan en la organización de la comunidad y abarcan los conceptos de establecimiento de alianzas, participación, empoderamiento, derechos humanos, la promoción de los recursos de la comunidad y el cambio social (Apéndice A).

Debido a que *Networks* abordará el cambio de conductas en el contexto del cambio social, las conductas que se cambien probablemente irán más allá de la salud reproductiva e infantil (el Apéndice B muestra, como ejemplo, una lista de los indicadores de programas relativos a las acciones o conductas promovidas por el Proyecto). También se abordarán conductas relacionadas con el empoderamiento y mejora de la capacidad de la comunidad³, como la identificación de problemas, búsqueda de soluciones y movilización de recursos.

Los principios rectores del planteamiento técnico de *Networks* para los programas de cambio de conducta son los siguientes:

- Los programas de cambio de conductas se centrarán en la comunidad y promoverán el empoderamiento de nuestros socios comunitario, al mejorar su conocimiento y destrezas, y reforzar las relaciones sociales de apoyo y los enlaces con recursos externos. Se aconseja que las ONG y otros socios colaboradores, que no pertenezcan a la comunidad, limiten su papel al de facilitadores.
- Las intervenciones de cambio de conducta serán desarrolladas por la propia comunidad para que las consideren suyas y reflejen las necesidades y valores de los interesados⁴, mediante el uso de metodologías de investigación y acción participativas.
- La participación de los interesados será esencial para el seguimiento y evaluación de las intervenciones y programas de cambio de conductas. Ambos procesos y resultados serán valorados y evaluados.
- Todos los programas abordarán cuestiones de género y el empoderamiento de la mujer con una perspectiva de derechos humanos.
- Todos los programas elevarán el acceso a la atención sanitaria entre la población desatendida debido a su pobreza, sexo, casta, religión, etnia, edad u otras razones socioculturales.

³ Ronald Labonte en el discurso principal de la reunión del foro consultivo sobre conducta y cambio social (*Consultative Forum on Behavior and Social Change*), que tuvo lugar el 13 y 14 de abril del 2000, señaló que el cambio de conducta es parte integral de las actividades para elevar la capacidad de la comunidad.

⁴ Los interesados pueden ser miembros de la comunidad, organizaciones de base, ONG, proveedores de servicios y miembros de los gobiernos municipales, provinciales y nacionales.



-
- Se promoverá el énfasis en los puntos fuertes de la comunidad, basándose en los recursos de ésta. Para elevar la capacidad de acción de la comunidad, cosa que se considera esencial, se la alentará a que piense con actitud crítica y se cuestione las cosas.
 - Los programas de cambio de conductas promoverán comportamientos positivos, con vistas al cambio social, usando para ello cinco criterios básicos: movilización social y comunitaria (Apéndice A), comunicación para el cambio social, propugnación de causas y mercadeo social.



RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS

Un repaso de las publicaciones y otros escritos sobre la promoción de la salud revela la variedad de lecciones aprendidas en el diseño y ejecución de programas de cambio de conductas. Las recomendaciones para programas que aparecen resumidas a continuación reflejan las lecciones más importantes.

- Recomendación para programas no. 1: El cambio de conductas es un proceso que tiene lugar a nivel individual y en grupo, y es parte integral del cambio social.
- Recomendación para programas no. 2: Los programas de cambio de conductas deben replantearse lo que se define como “públicos meta” y “beneficiarios”. Tanto los unos como los otros deben ser partícipes y autores de su propio cambio, no objeto del mismo.
- Recomendación para programas no. 3: Para cambiar comportamientos no basta con tener un conocimiento sólido de cuestiones de salud pública, también es importante considerar los factores sociales, económicos y políticos.
- Recomendación para programas no. 4: Al utilizar los recursos de la comunidad, su conocimiento y puntos fuertes, existen mayores posibilidades de que el cambio de conducta perdure.
- Recomendación para programas no. 5: Los programas de cambio de conductas deben responder a las demandas latentes o explícitas que existan en la comunidad.
- Recomendación para programas no. 6: Los proveedores de servicios deben tener capacidad de acción para poder abordar debidamente las necesidades de sus clientes y ofrecer servicios sanitarios de calidad.
- Recomendación para programas no. 7: Para mejorar la calidad de los servicios de salud y su uso, hay que fomentar el diálogo con la comunidad. Los proveedores de servicios y la comunidad deben definir conjuntamente en qué consiste la calidad.



Recomendación para programas no. 1

El cambio de conductas es un proceso que tiene lugar a nivel individual y en grupo, y es parte integral del cambio social.

Muchas de las principales teorías de promoción de la salud provienen mayormente de la psicología clínica y social (Apéndice C). Se trata de modelos lineares centrados en el individuo, que predicen la conducta de salud basándose en una serie de variables cognoscitivas, y a veces logísticas, que generalmente se consideran por separado, sin tener en cuenta factores que puedan relacionarlas entre sí (55). Entre ellas se encuentran el Modelo de las Etapas de Cambio (55, 85, 86, 99), la teoría de acción razonada (85, 86, 99) el modelo de creencias sobre la salud (55, 85, 86, 99), la teoría de aprendizaje social (55, 85, 86, 99), el modelo para la reducción del SIDA (86), etc. Si bien algunas intervenciones dirigidas al cambio de conducta a nivel individual han dado resultado, existen cada vez más pruebas de que algunos de estos modelos son de utilidad limitada, teniendo en cuenta los factores sociales y ambientales que dan lugar a la transmisión del VIH (72) y otros temas de salud en los países en desarrollo. La razón es que dichos factores frecuentemente van más allá de la voluntad de la persona y exigen contar con una acción eficaz a nivel colectivo (3, 4, 72). Otra razón puede ser que en ciertas culturas no existe el concepto de la persona, o éste es secundario en importancia al del grupo o la comunidad (11, 12). Por ello es importante considerar los modelos de cambio social, como la Teoría de difusión de innovaciones, la Teoría de la red social, y las Teorías de cambio social, que examinan la forma en que la conducta personal se ve afectada por el contexto social en que se vive (Apéndice C).

La Teoría de difusión de innovaciones y la Teoría de la red social ponen de relieve la importancia de las redes sociales. La primera explora la forma en que las innovaciones e ideas pasan de una persona a otra, o se diseminan entre comunidades y sociedades. La segunda va más allá, puesto que examina la forma en que los grupos sociales influyen sobre la conducta individual. Las Teorías del cambio social reconocen la influencia sobre la persona de los valores y reglas locales, y la conducta social.

¿Qué significa esto para los programas de cambio de conductas de Networks?

Si bien Networks reconoce la importancia del cambio personal, se concentrará en las teorías y programas relativos al cambio social y de grupos (Apéndice C).

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Cuáles son las posibilidades de lograr la actuación en grupo respecto a un tema específico de salud?
- ¿Qué estrategias pueden alentar al grupo a actuar colectivamente de forma eficaz?



Estudio de Caso – El movimiento social que llevó a la prohibición de la mutilación sexual femenina en Senegal

Un grupo de mujeres de una aldea de Senegal, que habían participado en un programa de un año de duración con diversos módulos de capacitación (y mediante debates en grupo con un facilitador), con objeto alfabetizarlas y enseñarlas a resolver problemas, ser más conscientes de su condición y actuar con firmeza, logró movilizar a la comunidad para eliminar la práctica de la mutilación sexual femenina, que las mujeres consideraban iba en contra de sus derechos humanos. Desde septiembre de 1996, en que dicha aldea de *Malicounda Bambara* declaró públicamente que se abstendría de la práctica –lo que se conoció por el nombre del *Juramento de Malicounda*--, más de 104 aldeas, algunas de ellas con familiares políticos en Malicounda, han decidido hacer lo mismo. Los hombres que apoyaban la causa viajaron de aldea en aldea. En un principio temían ser expulsados por las comunidades, pero descubrieron que la noticia de lo que se había logrado en Malicounda les abrió las puertas y el corazón de la gente, porque las mujeres que habían pasado por experiencias espeluznantes empezaron a revelarlas. El resultado fue que los hombres se dedicaron aún más a la causa. El movimiento social y el efecto multiplicador que describimos hizo que el Gobierno de Senegal se atreviera a plantearse la aprobación de una ley para prohibir la mutilación genital femenina.

El programa de capacitación de un año de un año de duración en Malicounda Bambara lo llevó a cabo una ONG senegalesa llamada TOSTAN (que significa “ruptura del huevo” en el idioma local, *Wolof*). El objeto del programa es unir la alfabetización de las mujeres con la enseñanza de otros conocimientos prácticos, por lo que cubre temas como higiene, prevención de enfermedades, salud de la mujer y del niño, derechos humanos, planificación y ejecución de proyectos, y algo de contabilidad. Este estudio de caso muestra cómo un grupo de mujeres aldeanas con las herramientas apropiadas lograron movilizarse y atraer a su causa a los hombres de la comunidad, hasta el punto de que su labor se convirtió en un movimiento social nacional. TOSTAN solamente les proporcionó herramientas, técnicas y apoyo logístico.

Tomado de: NGO Networks for Health. *The Challenge: Rethinking Behavior Change Interventions in Health*, 1999.

IK Notes World Bank No. 3, diciembre de 1998.

TOSTAN, *Breakthrough in Senegal, Ending Female Genital Cutting*, un informe financiado por Population Council, 1999.

Recomendación para programas no. 2

Los programas de cambio de conductas deben replantearse lo que se define como “públicos meta” y “beneficiarios”. Tanto los unos como los otros deben ser partícipes y autores de su propio cambio, no objeto del mismo.

En las actividades de desarrollo se ha empezado recientemente a desechar la idea de la gente como objeto de cambio, al darse cuenta de que tanto las personas como las comunidades promueven su propio cambio (33, 18,19,20,52,62,77,80,81). Esta diferente manera de pensar también ha llevado a que, en vez de simplemente comunicar la información suministrada por expertos técnicos, se



introduzca dicha información con buen tacto en el diálogo y debate que surge en el seno de la comunidad y con otros participantes (33, 18,19,20,77,80,81). Las actividades como el Proyecto para Garantizar la Calidad (*Quality Assurance Project*), financiado por USAID, reconocen que no solamente es importante dar conocimientos técnicos a los proveedores de servicios (el fin único de proyectos similares realizados en el pasado) (28,32), sino que también es importante equiparles con capacidad de análisis.

El trabajo de TOSTAN (citado anteriormente) muestra que las mujeres de una aldea pueden ser autoras de su propio cambio, si cuentan con las herramientas necesarias. La capacitación de TOSTAN impartió a las mujeres senegalesas la capacidad de análisis que necesitaban para reconocer que la mutilación genital femenina iba en contra de sus derechos humanos, por lo que se movilizaron para combatir dicha costumbre, e iniciaron un movimiento social que continúa.

Cambio sostenido – el movimiento social que llevó a la prohibición de la mutilación sexual femenina en Senegal – continuación del estudio de caso

Cuando se llevaba a cabo el *Juramento de Malicounda*, uno de los periodistas preguntó a una mujer si mantendrían su decisión de acabar con la mutilación genital femenina. La pregunta dejó perplejos a todos, y respondieron: “¿Qué sentido tiene hacer un juramento si no vas a atenerte a tu decisión?”

“Es una cuestión de honor” dijo una mujer mayor en *Manpatim*, en la región de Kolda; “además, por qué vamos a retractarnos ahora? Mis antepasados bebían vino de palma casi todo el tiempo, y ahora a nadie se le ocurriría tocar el alcohol en esta aldea. No es tan difícil cambiar cuando a uno le conviene.

Después de que TOSTAN enseñara a las mujeres a cuestionarse las cosas y las diera a conocer los derechos humanos, las mujeres empezaron a tomar cartas en otros temas de orden socioeconómico. Por ejemplo, cuando se enteraron de que la tenencia de la tierra era un derecho humano, las mujeres, que habían estado sin tierra hasta el momento, lograron que los ancianos de la aldea las asignaran tierras para empezar a cultivar huertos comunitarios. Cuando supieron que la educación de las niñas era un derecho humano, hicieron lo posible para que se construyeran y equiparan más escuelas para poder educar a sus hijas. Este estudio de caso pone de relieve que cuando se promueve la capacidad de la gente para cuestionarse las cosas, pueden aplicar dicha lección a diversos aspectos de sus vidas, de forma continua y sostenible.

Fuente: TOSTAN, *Breakthrough in Senegal, Ending Female Genital Cutting*, Un informe financiado por Population Council, 1999.

¿Qué significa esto para los programas de cambio de conducta de Networks?

Una premisa esencial de Networks es que los beneficiarios de los programas son en realidad socios contribuyentes de los mismos. Son seres racionales y creativos que, con la ayuda de las herramientas apropiadas, pueden darse cuenta de los problemas que existen, encontrar soluciones a los mismos y obtener los recursos necesarios al respecto. En vez de tratar de persuadir a la gente para que haga



algo, Networks tratará de promover la capacidad para cuestionarse las cosas y negociar la mejor forma de avanzar en un proceso de colaboración.

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Qué destrezas necesitan adquirir los miembros de la comunidad, para ser capaces de identificar problemas, encontrar soluciones y movilizar los recursos necesarios? ¿Qué herramientas pueden ayudarles en este respecto?
- ¿Cuáles son las estrategias que pueden usarse para desarrollar la capacidad de la comunidad para hacer frente a sus necesidades?

Recomendación para programas no. 3

Para cambiar comportamientos no basta con tener un conocimiento sólido⁵ de cuestiones de salud pública, también es importante considerar los factores sociales, económicos y políticos.

Si bien el conocimiento de salud pública juega un papel importante en el cambio de conductas, no es necesariamente indicativo del mismo. Por ejemplo, en muchos países un número considerable de mujeres conocen la existencia de los métodos anticonceptivos modernos pero no usan ninguno de ellos (57,58). En Malawi, la encuesta de demografía y salud de 1996 (Demographic Health Survey) reveló que el 96% de las mujeres casadas conocían por lo menos la existencia de un método moderno de planificación familiar, y sin embargo el índice de uso de dichos métodos es de solamente el 14% (56). Esta disparidad entre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es lo que se llama KAP GAP en inglés, y pone de relieve el hecho de que existen factores, aparte de la información, que determinan la capacidad de la persona para adoptar y mantener una nueva conducta o dejar de continuar haciendo algo peligroso.

Existen otros factores que promueven u obstaculizan la adopción de la conducta deseada. Se los ha clasificado de diversas formas. El modelo desarrollado por ONUSIDA usa la clasificación contextual, que se refiere a diversas áreas: política gubernamental, estado socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad (2).⁶ Otros han considerado como factores situaciones estructurales o ambientales (86), como las siguientes:

⁵ Se habla del conocimiento de cuestiones de salud pública, para diferenciarlo del conocimiento biomédico y de otro tipo (como el conocimiento de la comunidad). También pueden contribuir al cambio de conductas otras formas de conocimiento; por ejemplo el Centro de Información sobre el SIDA de Uganda descubrió que cuando las personas sabían que estaban infectadas por el VIH se elevaba su uso de condones (94).

⁶ Algunos antropólogos dicen que el género y la espiritualidad son parte de la cultura.

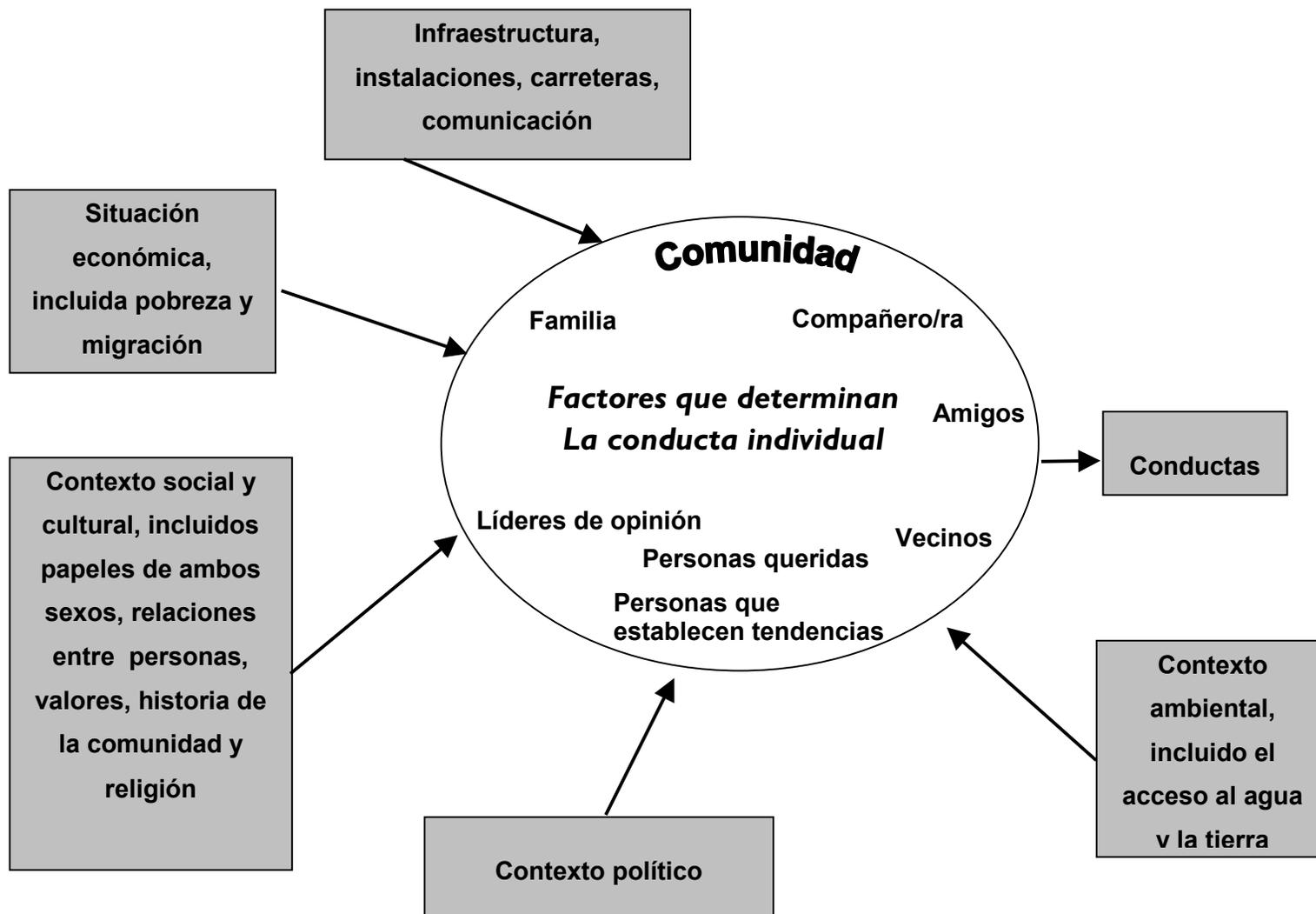


-
- superestructurales (pobreza, género, etnia, costumbres tradicionales);
 - estructurales (leyes y políticas);
 - ambientales (condiciones de vida, recursos, presión social y oportunidades);
 - personales (aislamiento y la errónea impresión de que el riesgo es bajo).

El modelo que aparece en la Figura 2 muestra algunos factores comunitarios que determinan la conducta personal.



FIGURA 2 - Modelo de los factores comunitarios que pueden determinar la conducta de la persona



Adaptado de FHI/AIDSCAP



¿Qué significa esto para los programas de cambio de conducta de Networks?

Aparte de proporcionar información de salud pública a la comunidad, las intervenciones y programas de cambio de conductas de *Newtworks* tratarán de crear ambientes que favorezcan y promuevan la adopción y el mantenimiento de conductas que mejoren la salud. Entre los factores claves que hay que abordar para crear dicho ambiente y el acceso a los servicios de salud están la pobreza, y cuestiones de género y religión; y se necesitará enseñar destrezas y modos de mejorar la eficacia (3,4).

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Qué conocimiento de salud pública tiene la comunidad sobre el tema específico que se desea abordar? ¿Es la información correcta? ¿Cómo influye dicho conocimiento los hábitos locales?
- ¿Cuáles son las conductas que afectan directamente el estado de salud de la gente?
- ¿Por qué hacen lo que hacen? ¿Por qué no se comportan de forma saludable?
- ¿Cuáles son las cualidades, recursos y puntos fuertes que pueden ayudar a la gente a dejar de hacer lo que hacen y adoptar conductas saludables?

Ejecución del programa de Tailandia de uso de condones al 100% – un estudio de caso

En respuesta al alto número de casos seropositivos (respecto a la infección por el VIH) entre las trabajadoras sexuales de bajo ingreso en el norte de Chiang Mai, el Gobierno de Tailandia estableció en 1989 el programa de uso de condones al 100%. Sabiendo que dichas trabajadoras no disponían de autoridad para rehusarse a tener relaciones sexuales sin condones, este ambicioso e innovador programa exigió el uso obligatorio de condones en todos los establecimientos de prostitución. Para 1994, el 90% de los actos sexuales en dichos establecimientos tenían lugar con protección, y el número de trabajadoras sexuales y hombres que se presentaban en las clínicas gubernamentales con infecciones de transmisión sexual se redujo considerablemente. Una evaluación indicó que antes de la intervención solo el 42% de las mujeres (encuestadas por voluntarios que se hacían pasar por clientes) se rehusaban a tener relaciones sin condones, incluso si las ofrecían el triple del pago normal, mientras que dicho porcentaje pasó al 92% después del programa. Este estudio de caso muestra que el uso de condones aumentó considerablemente en los prostíbulos, debido a que, al introducir la política gubernamental, se abordó el componente de la relación de poder entre los sexos. La política hizo que los dueños de los prostíbulos fueran quienes se encargaran de exigir el uso de condones, y no las trabajadoras que poco podían hacer para imponer su voluntad sobre los clientes. Pero debe indicarse que el programa tuvo éxito debido a que los dueños de todos los prostíbulos aplicaron la política sin excepción.

Fuente: Visrutaratna, S. et al. "Superstar" y "model brothel": developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand, *AIDS*, 9 Suppl 1:S69-75, 1995. Wiwat, R. y Hanenberg, R. The 100% condom programme in Thailand (editorial review), *AIDS*, 10:1-7, 1996.

Hanenberg, R. and Rojanapithayakorn, W. Prevention as policy: how Thailand reduced STD and HIV transmission, *AIDSCAPTIONS*, Mayo: 3(1):24-7, 1996.



Recomendación para programas no. 4

Al utilizar los recursos de la comunidad, su conocimiento y puntos fuertes, existen mayores posibilidades de que el cambio de conducta perdure.

Muchas actividades de desarrollo se han concentrado en buscar fuera de la comunidad los recursos que se necesitan para hacer frente a problemas de salud u otro aspecto del desarrollo. Pero recientemente los encargados de programas de desarrollo buscan respuestas en el seno de la propia comunidad, por reconocer que las soluciones son más duraderas si se usa el conocimiento y recursos de la comunidad, en vez de buscar ayuda o “expertos” de fuera (60,76,82,83).

Uso del conocimiento de la comunidad para combatir la malnutrición en Vietnam – un estudio de caso

La malnutrición era un problema en ciertas partes de Vietnam. En estrecha colaboración con los residentes de varias aldeas de la provincia de Thanh Hoa, Save the Children USA empezó por buscar familias muy pobres que habían sido capaces de evitar la malnutrición. Los padres en dichas familias tenían acceso a los mismos recursos que sus vecinos, y sin embargo fueron capaces de conseguir suficientes alimentos para mantener a sus hijos sanos. Al examinar la conducta de dichas personas, que se denominan “anómalos positivos”, Save descubrió que las madres en esas familias alimentaban a sus hijos con pequeños camarones y cangrejos (que encontraban en pantanales cercanos) y con las hojas de la batata. También les alimentaban entre tres y cuatro veces al día, en vez de dos veces, que era lo normal. Como dicho marisco y hojas podían obtenerse fácilmente, representaba sin lugar a dudas la solución al problema de la malnutrición, y no se necesitaba ni mucho dinero ni recursos externos, sólo que los miembros de la comunidad cambiaran de conducta y empezaran a copiar lo que hacían los *anómalos positivos* entre ellos. Debe indicarse que la adopción de la conducta positiva funciona mejor en contextos donde el principal obstáculo para mejorar el estado de nutrición no es la total ausencia de alimento.

Los índices de malnutrición en la provincia de Thanh Hoa disminuyeron gracias a un proyecto basado en este descubrimiento. Pasados 2 años el 80% de los niños que participaron en el proyecto ya no estaban malnutridos. El modelo fue luego ampliado a 20 provincias del país; los alimentos cruciales siguieron siendo en algunos sitios mariscos y hojas verdes, pero en otros se usaron cacahuetes, semillas de ajonjolí, o pescado seco. En otras palabras, se encontró la respuesta en el seno de la comunidad.

Fuente: Sternin, J. and Choo, R. The Power of Positive Deviancy, *Harvard Business Review*, enero y febrero 2000.

Sternin, M. et al Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam, *High Impact PVO Child Survival Program, Volumen 2, Save the Children, 1999.*



El diálogo con una comunidad en Kenia hizo que ésta encontrara una alternativa a la mutilación genital femenina como rito de la pubertad: un estudio de caso

Con la ayuda técnica de PATH, *Maendeleo Ya Wanawake*, una ONG de Kenia, descubrió en su investigación inicial que las niñas adolescentes valoraban el reconocimiento que recibían de otras jóvenes de su edad, así como de los adultos, y los regalos y otros privilegios asociados con las ceremonias tradicionales de circuncisión. Teniendo esto en cuenta se estableció, junto con la comunidad, un día de celebración de la entrada en la pubertad, que incluía la recitación de poemas, canciones en contra de la mutilación genital femenina, festejos y banquetes, bailes y entrega de regalos. Desde agosto de 1996, más de 1.500 niñas han pasado por dicha ceremonia, en vez de ser circuncidadas. El grupo de madres que participó en la primera ceremonia creó una ONG denominada *Ntaniro Na Mugambo*, que significa “circuncisión con palabras”, y está aplicando el programa en todo el distrito. Otras entidades también han adoptado dicho rito alternativo como programa de prioridad en Kenia, y promete ser duradero. Este estudio de caso demuestra que, con la ayuda del diálogo una comunidad puede encontrar alternativas aceptables que permitan desechar costumbres tradicionales dañinas.

Fuente: NGO Networks for Health. *The Challenge: Rethinking Behavior Change Interventions in Health*, diciembre de 1999.

¿Qué significa esto para los programas de cambio de conducta de Networks?

Networks tomará en cuenta el conocimiento e información que exista en la comunidad y promoverá el uso de las cualidades, recursos y puntos fuertes de la misma al abordar problemas de salud.

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Cuál es el conocimiento e información de la comunidad sobre el tema de salud en cuestión?
- ¿Existe algún grupo de personas en la comunidad con el mismo perfil sociodemográfico que quienes experimentan el problema de salud, que hayan logrado mejores resultados? Si es así, ¿qué hacen de forma diferente?
- ¿Qué intervenciones son necesarias para que otros miembros de la comunidad aprendan de los “anómalos positivos” y adopten sus conductas saludables?
- ¿Cuál es la razón de ser de la conducta tradicional dañina?
- ¿Cómo pueden separarse los aspectos dañinos de una costumbre cultural de los positivos?
¿Existen alternativas? ¿Cuáles?
- ¿Cuál es la mejor forma de hacer que la comunidad participe en el diálogo para buscar alternativas?

“Si escucho durante suficiente tiempo, me dirán lo que yo les iba a decir. Si me mantengo callado más tiempo, me dirán lo que no sabía y podré aprender.”

Jay Edison, ADRA



Recomendación para programas no. 5

Los programas de cambio de conductas deben responder a las demandas latentes o explícitas que existan en la comunidad.

Existe un acalorado debate sobre si las intervenciones deben de crear una demanda, o encauzar la demanda que exista en la comunidad –sea ésta latente o explícita. Por ejemplo, quienes diseñan y llevan a cabo programas integrados de comunicación con fines de mercadeo social dicen que no consiste en crear una necesidad, sino encontrar una solución a una necesidad o deseo existente. Señalan que si un programa se concentrara en atraer al segmento de la población que expresa la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, las tasas de uso de métodos anticonceptivos se elevarían considerablemente (41,42).

Por ejemplo en 1996 el 26% de las mujeres casadas de Zambia estaban usando un método de planificación familiar (el 14% estaban usando un método moderno, y el 12% uno tradicional). Pero existía otro 26% de mujeres casadas con una necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar; es decir, dichas mujeres querían, ya fuera posponer su próximo embarazo o dejar de tener hijos, pero no estaban usando ningún método. Si este último 26% pudiera entrar en contacto con los servicios de planificación familiar, la tasa de uso de métodos anticonceptivos incrementaría en un 100%.

Las culturas y sociedades están en continuo cambio (son dinámicas, no estáticas). Sabiendo esto, las personas que trabajan en la propugnación de causas o en el cambio de conductas tradicionales dañinas (59, 63) consideran que es importante reforzar la capacidad de acción de la población, dándole las herramientas apropiadas para que trate de influir en el cambio de la sociedad en un sentido u otro. Con frecuencia existe necesidad de cambio en una comunidad. Puede que la gente no sepa expresarla, o que la necesidad sea subconsciente, pero cuando se da cuenta de las opciones a su disposición, no le cuesta ver la necesidad. La experiencia de TOSTAN en Senegal es un ejemplo de esto. Cuando las mujeres de la aldea fueron conscientes de sus derechos humanos, se dieron cuenta de que la práctica de la mutilación genital femenina iba en contra de ellos, y decidieron hacer lo posible por poner paro a la conducta.

¿Qué significa esto para los programas de cambio de conducta de Networks?

Networks buscará oportunidades para abordar la necesidad de la comunidad de adoptar conductas saludables, y tratará de ligar dicha demanda a servicios de salud.

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Existe una demanda latente de cambiar alguna conducta en particular? ¿Cómo puede dicha demanda latente llevar a la movilización para efectuar un cambio positivo?
- ¿Cuál es la necesidad de servicios de salud que no está satisfecha?



Recomendación para programas no. 6

Los proveedores de servicios deben tener capacidad de acción para poder abordar debidamente las necesidades de sus clientes y ofrecer servicios sanitarios de calidad.

En la mayor parte de los establecimientos de salud en todo el mundo los proveedores de salud se sienten impotentes para hacer cambios en la burocracia de un sistema de salud de grandes dimensiones (69,70). Con frecuencia están mal pagados, tienen una excesiva carga de trabajo, carecen de los materiales esenciales y sienten que nadie aprecia lo que hacen. No creen que puedan hacer nada para cambiar las cosas; sin embargo se espera que hagan frente a las necesidades de los clientes y proporcionen servicios de salud de calidad. Algunos programas han logrado elevar la capacidad de acción de los trabajadores de salud antes que nada, para que puedan responder mejor a las necesidades de sus clientes (34, 69, 70).

¿Qué significa esto para los programas de cambio de conducta de Networks?

Networks buscará estrategias para elevar la capacidad de acción de los proveedores, de forma que puedan satisfacer mejor las necesidades de sus clientes.

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Cómo puede llegarse a la conclusión de que se necesitan cambios?
- ¿Cómo puede crearse una visión de lo que se puede hacer?
- ¿Cuáles son algunos de los obstáculos para establecer dicha visión, y cómo pueden eliminarse?
- ¿Cómo puede alentarse y mantener motivadas a las personas envueltas en el cambio?
- ¿Cómo puede crearse y apoyarse la función de líder ?



El empoderamiento de los trabajadores de salud en Nepal mejoró la calidad de los servicios de salud –un estudio de caso

El proyecto de maternidad sin riesgo de Nepal (NSMP), llevado a cabo en representación del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) por la organización Options Consultancy Services Limited, con sede en el Reino Unido, tiene por objeto elevar el uso de equipo obstétrico de emergencia de calidad en la atención para salvar vidas. Pero para proporcionar dicha atención en los hospitales de distrito participantes era necesario diseñar y establecer una estrategia para combatir la creencia fatalista común de que el futuro está predeterminado por el karma. Esta creencia con frecuencia se denomina *Ke garne*, que se significa “no te quiebres la cabeza porque nada puede cambiar”. Debido a las condiciones deficientes y esta visión fatalista, los empleados en muchas instituciones del gobierno nepalés se muestran profundamente cínicos y apáticos. No ven cómo pueden mejorar las cosas y elevar la calidad de los servicios que ofrecen.

El proyecto de NSMP decidió crear una nueva perspectiva en los hospitales de distrito. Todo el personal, incluido el personal administrativo y de apoyo, participó desde el comienzo en definir los cambios que se necesitaban y crear una visión aceptada por todos. Algo esencial era que la visión pudiera ser comunicada a otra persona en cinco minutos o menos. A continuación se dan más detalles.

Al finalizar la Primera Fase, los tres hospitales de distritos estarán en condiciones de ofrecer extensa atención obstétrica de emergencia las 24 horas al día, en un ambiente

inocuo y limpio.

debidamente equipado (y con el equipo adecuado).

que se concentre en la mujer y la familia.

con personal dedicado a trabajar en equipo para mejorar la salud materna.

con personal seguro de sí y competente en el tratamiento adecuado de emergencias obstétricas.

Esta visión no sólo proporcionó el razonamiento para transformar el hospital, sino que el proceso de crear la visión, basándose en la metodología de búsqueda de elementos positivos (*appreciative inquiry*), llevó a todo el personal del hospital a identificar de forma colectiva los puntos fuertes de su ambiente de trabajo. También se iniciaron proyectos decisivos para lograr la situación deseada, como la introducción del uso del partógrafo⁷ (para apoyar a las mujeres que pudieran necesitar mayor observación) y el desarrollo de protocolos locales de salud reproductiva. Asimismo se establecieron sistemas de reconocimiento a los logros del personal, incluida la entrega de premios. El programa no perdió su ímpetu inicial; la urgente necesidad de cambio se hizo patente al establecer un calendario de actividades con el que se cumplió.

El proyecto hizo que el personal se sintiera orgulloso de la transformación del hospital y la calidad de los servicios que se ofrecen. Dicho personal ha demostrado su voluntad de mejorar los servicios más aún en el futuro.

Fuente: Options, Challenging “Ke Garne”: Experiences of the Nepal Safer Motherhood Project, Nepal Safer Motherhood Project, Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), agosto de 1999.

⁷ El partógrafo es un instrumento recomendado por la OMS para vigilar el progreso de la mujer durante el parto, de forma que las mujeres con complicaciones puedan recibir atención obstétrica de emergencia sin tardanza.



Recomendación para programas no. 7

Para mejorar la calidad de los servicios de salud y su uso, hay que fomentar el diálogo con la comunidad. Los proveedores de servicios y la comunidad deben de definir conjuntamente en qué consiste la calidad de los servicios.

Las conductas para promover la salud dependen de muchos factores, entre los que se encuentran creencias y costumbres sociales y culturales, así como la disponibilidad de servicios y la percepción de la calidad de los mismos. La mayoría de los planificadores de servicios de salud han tendido a diseñar programas en el contexto relativamente aislado de la profesión médica y consideran la calidad solamente dentro del paradigma biomédico, en vez de tener en cuenta la totalidad del contexto socio-cultural.

El marco de calidad de atención a la salud utilizado con más frecuencia al evaluar la prestación de servicios de planificación familiar (10) incluye las consideraciones de acceso --que no se limitan al acceso geográfico, sino que incluyen otras cosas como el costo (tanto el costo de los servicios en sí como el costo que representan las oportunidades que se pierden para obtener los servicios)--, el tratamiento respetuoso del cliente por el proveedor del servicio, la disponibilidad de medicamentos y otros materiales, y la competencia técnica de dichos proveedores. Si bien este marco es innovador, por tener en cuenta la relación entre el proveedor y los clientes, sigue sin considerar lo que los propios clientes piensan que constituye un servicio de calidad, cosa que en parte depende de la cultura e incluye prácticas tradicionales sobre la búsqueda de atención a la salud. En muchos casos los planificadores de servicios sanitarios no prestan suficiente atención a las necesidades socioculturales de los clientes, y dicho descuido ha resultado caro.

Existen muchos ejemplos en todo el mundo de establecimientos de salud bien equipados y con buen personal que no son suficientemente utilizados por los clientes para los que se crearon (43,54,67). Por ejemplo, en Bolivia existen casos (64) que indican que, si bien la falta de acceso es la principal razón por la que las mujeres no utilizan los establecimientos de salud para dar a luz, también es cierto que prefieren parir en casa. Prefieren ponerse en cuclillas durante el parto, cosa que no se hace en los establecimientos de salud; quieren que sus maridos tomen al niño cuando salga y corten el cordón umbilical, cosa que no están en condiciones de ofrecer la mayoría de los servicios de salud; y hay una serie de ceremonias importantes que se hacen con la placenta, pero la mayoría de los establecimientos de salud no entregan la placenta a la mujer después del parto (54,64).⁸ Si bien algunos encargados de programas de sanidad piensan que se necesita mejorar la mercadotecnia para elevar el uso de los establecimientos de salud, otros creen que lo esencial es hacer participe a la comunidad en el diálogo sobre lo que se considera la calidad del servicio. Lo ideal sería combinar ambas cosas.

Es importante que la comunidad participe en el diálogo sobre calidad, porque los proveedores de salud en la mayoría de los países tienen distinto nivel de educación y estrato socioeconómico, y no

⁸ El proyecto de Mothercare en Bolivia ha comenzado a abordar estas cuestiones culturales en algunos establecimientos de salud. En algunos establecimientos las mujeres pueden dar a luz en cuclillas, y sus esposos pueden estar presentes para recibir al niño y cortar el cordón umbilical. También se les entrega la placenta para que puedan hacer las ceremonias pertinentes con ella.



entienden la realidad y necesidades de los miembros de comunidad. Asimismo dicha participación se está volviendo más apremiante, debido a la creciente descentralización de los servicios de salud en todo el mundo; pero, incluso en países donde los sistemas de salud no se han descentralizado, la participación de los miembros de la comunidad en el diálogo sobre los servicios y su calidad probablemente redunde en un mayor entendimiento entre los proveedores y sus clientes, y haga que sean tratados con mayor respeto y que los clientes sientan los servicios como algo suyo, y por lo tanto los usen.

¿Qué significa esto para los programas de cambio de conducta de Networks?

Networks tratará de elevar la capacidad de acción de las comunidades y alentará la creación de alianzas entre los proveedores y los miembros de la comunidad, para que los servicios respondan a las necesidades de los usuarios para los que fueron concebidos. Un aspecto importante será la participación de la comunidad y los proveedores en la definición de lo que constituye la calidad teniendo en cuenta el modelo cultural, en vez de basarse exclusivamente en la definición biomédica.

Algunas cuestiones operativas a considerar

- ¿Por qué van los miembros de la comunidad al establecimiento de salud?
- ¿Por qué no acuden otras personas? ¿Se debe a falta de acceso? En ese caso, ¿qué puede hacerse para que los servicios resulten más accesibles?
- ¿Qué mecanismos pueden usarse para hacer que la comunidad y los proveedores de servicios se junten a hablar sobre la calidad del servicio y cómo mejorarla?



Alianzas para definir la calidad: Estudio de caso

En zonas rurales de Puno, Perú, los servicios de salud no eran suficientemente utilizados porque la gente no estaba satisfecha con la atención que recibía. Existe una gran diferencia socioeconómica entre los proveedores y los clientes. Muchos proveedores reconocen que tienen que mejorar su relación con sus clientes y las comunidades, pero piensan que son los clientes quienes deben cambiar. La comunicación entre cliente y proveedor es normalmente vertical y muchas veces condescendiente. Los clientes temen hacer preguntas y los proveedores no hacen mucho para animarles a que se expresen.

Al reconocer que los esfuerzos previos por incluir la opinión del cliente en la definición de calidad llevaron a tratar al cliente como objeto del servicio, en vez de como participante del mismo, el Centro de Programas de Comunicación de Johns Hopkins University y Save the Children USA están realizando un proyecto en el que se hace que los proveedores y la comunidad se reúnan para definir conjuntamente lo que constituye la calidad, establecer prioridades y elaborar estrategias y planes de acción para mejorar los servicios de salud y las conductas.

Si bien todavía es pronto para evaluar el proyecto, la creación de una visión conjunta, y el establecimiento de metas y objetivos comunes en un contexto que promueve la igualdad y la responsabilidad compartida entre los proveedores y la comunidad, ha llevado a lograr la actuación en equipo, mayor aceptación de responsabilidad, y que la comunidad considere los servicios como algo propio.

Fuente: Howard-Grabman, L. *Developing Accountability through Community Mobilization Approaches that Bridge the Gap Between Communities and Service Providers*, Documento presentado en un taller del Instituto de Estudios de Desarrollo (*Institute for Development Studies*), Londres, 1999.



PLANTEAMIENTO DE NETWORKS PARA LOS PROGRAMAS DE CAMBIO DE CONDUCTAS

Marco para el diseño de programas de cambio de conducta de *Networks*

El planteamiento técnico de *Networks* es promover el uso de tres evaluaciones para obtener las recomendaciones y estrategias que se usarán en el diseño de programas para cambio de conductas (ver la Figura 3). Las dos primeras, que pueden tener lugar a la vez y basarse la una en la otra, son (1) una evaluación epidemiológica, y (2) una evaluación social o de calidad de vida. La epidemiológica incluirá un repaso de la información almacenada por el Ministerio de Salud (a nivel nacional, regional, de distrito y municipal) sobre las causas más serias y frecuentes de enfermedad y muerte que se pueden prevenir.

La evaluación social o de calidad de vida, en la que participa activamente la comunidad, incluidos los proveedores de servicio, sirve para saber qué es lo que la comunidad considera de mayor preocupación, especialmente en las áreas de salud reproductiva e infantil. Sabemos que probablemente habrá discrepancias entre los datos epidemiológicos y los referentes a la calidad de vida. Por ejemplo, los primeros pueden indicar que las muertes maternas constituyen un problema, mientras que la evaluación social quizás no ponga esto de relieve. O bien, la evaluación social (o de calidad de vida) puede señalar temas como el alcoholismo o la violencia familiar, que quizás no salgan a la luz en el estudio epidemiológico. Es por ello importante colaborar con la comunidad y otras partes interesadas para descubrir conjuntamente las razones de dichas discrepancias y esbozar estrategias para abordar los problemas que reflejen una y otra evaluación.

La tercera evaluación (que se hace en asociación con la comunidad y otros interesados) se refiere al estilo de vida y los hábitos que hacen que perduren los problemas de salud, y sirve para determinar qué conductas pueden evitar dichos problemas. Durante este proceso se determinarán los obstáculos para llevar a cabo las conductas recomendadas, y se verá la forma de superarlos, además de definir los programas apropiados para el cambio de conductas.

Metodologías a utilizar en la evaluación social o de calidad de vida

Si bien dicha evaluación probablemente incluya las metodologías que se describen a continuación, *Networks* continuará buscando y sugiriendo otros métodos e instrumentos innovadores. Un recurso muy útil es el Proyecto CHANGE (cambio)⁹, que ha recopilado y continúa actualizando una lista denominada *Innovative Approaches and Tools for Change* (enfoques y instrumentos innovadores para lograr cambios). El equipo que haga la evaluación consistirá de personal de las organizaciones participantes en la red del país, y se encargará de decidir (con el apoyo que necesite de *Networks*) qué combinación de éstas u otras metodologías usarán en los respectivos programas (ver la Sección D).

⁹ The CHANGE Project is a USAID funded program that provides technical assistance in health-related behavior change interventions.



FIGURA 3 - Marco para el diseño de programas destinados al cambio de conductas

EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

REPASO DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

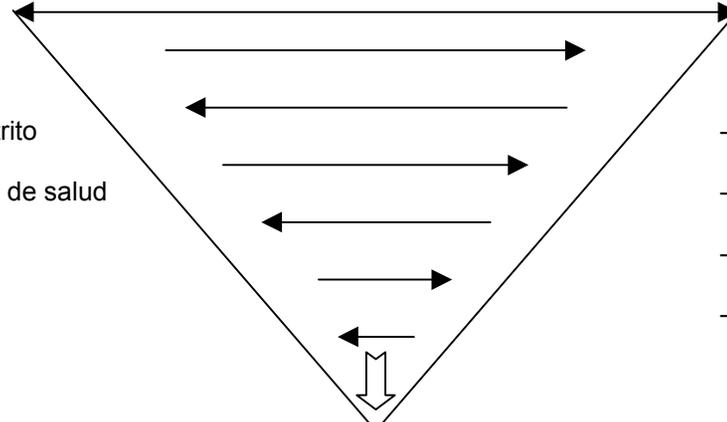
- Datos del Ministerio de Salud a nivel central, regional y de distrito
- Expedientes del establecimiento de salud

EVALUACIÓN SOCIAL

DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN CUANTO A LA SALUD

(Comunidad y proveedores de servicios)

- Diagnóstico de la comunidad
- Evaluación rural rápida/evaluación rural participativa
- Metodología de etapas o pasos
- Otras metodologías cualitativas



Evaluación de conducta y estilo de vida



Evaluación de impedimentos a la realización de la conducta

- Superestructurales (pobreza, etnia, género, creencias y prácticas tradicionales)
- Estructurales (leyes y políticas)
- Ambientales (condiciones de vida, recursos, presiones sociales y oportunidades)
- Personales (aislamiento y la errónea impresión de que el riesgo es bajo)

En colaboración con los interesados

**RECOMENDACIONES
Y
ESTRATEGIAS DE
LOS PROGRAMAS**

**INTERVENCIONES PARA CAMBIOS DE CONDUCTA
DISEÑADAS Y LLEVADAS A CABO EN COLABORACIÓN CON
LOS INTERESADOS**



Diagnóstico de la comunidad

Para hacer el diagnóstico de una comunidad se necesita la participación de sus miembros y utilizar una serie de metodologías para conocer los problemas de salud más comunes. Dicho diagnóstico permite descubrir las causas subyacentes de los problemas de salud y explorar posibles soluciones con los miembros de la comunidad. Entre las actividades que probablemente se realicen se encuentran la revisión de los datos estadísticos del Ministerio de Salud, discusión en grupos compuestos por proveedores de salud y miembros de la comunidad, para tratar un tema en particular, observaciones de las conductas que pueden afectar la salud, entrevistas en profundidad con los proveedores de servicios y miembros de la comunidad, dibujo de mapas de la comunidad y evaluaciones institucionales. Pueden hacerse reuniones con la comunidad para compartir los resultados del diagnóstico y llegar a un acuerdo sobre los problemas de prioridad, con vistas a tomar una acción colectiva. Los planes de acción deberán establecerse con un grupo selecto de miembros de la comunidad, como el consejo de salud de la aldea o un grupo de planeación local (56,66).

Evaluación rural participativa o aprendizaje y acción participativa

Se usan estas metodologías con objeto de que las propias comunidades sean quienes recopilen los datos y los consideren algo suyo, y para que aprendan de las observaciones que se hagan y tomen decisiones basadas en ellas. Si bien la metodología utiliza una serie de instrumentos genéricos, se alienta el uso de innovación y creatividad para obtener el conocimiento sutil que se busca. Entre los instrumentos de este tipo (13,14,17,18,19,20,31,78) para recopilar información sobre temas de salud reproductiva u otros se encuentran: la realización de mapas (sociales, censales y corporales) con la participación de la comunidad; los diagramas de Venn; paseos transversales; clasificación de riqueza y bienestar; clasificación y puntuación (*ranking and scoring*); análisis del uso diario del tiempo; análisis de tendencias; relatos por viñetas; entrevistas semiestructuradas; debates en grupos de enfoque; estudios de caso, relatos y retratos; y escenificaciones (Apéndice D). Es esencial que exista flexibilidad al seleccionar los instrumentos, teniendo en cuenta que la selección de los que se consideren apropiados dependerá de las preguntas a que se busque respuesta en un contexto específico. El Apéndice E muestra un ejemplo de los instrumentos para responder a ciertas preguntas cuando se diseña un programa de salud reproductiva para adolescentes. Entre los que resultan de utilidad para la planeación se encuentran el cuadro de clasificación de problemas, y el de clasificación de intervenciones (para resolver un problema), y el plan de acción de la comunidad (Apéndice D).

La metodología de etapas o pasos

Se utiliza para elevar la capacidad de la comunidad. Fue diseñada específicamente para combatir el VIH y el SIDA (103), pero ha sido adaptada para su uso en otros programas de salud y desarrollo. Sirve para ayudar a la persona, grupos pares y la comunidad a cambiar conductas a nivel individual y de grupo. La metodología (ver el Apéndice F) se basa en la premisa de que el cambio de la comunidad es más fácil si cada miembro se compromete a cambiar personalmente. Por ello se pide encarecidamente a los participantes que se aseguren de participar en todas las sesiones del taller de la comunidad.



Otras metodologías de tipo cualitativo

Otros métodos cualitativos (88) pueden ser la creación de listados libres (*free listing*), clasificación en grupos (*pile sorting*), guías etnográficas sobre el terreno y relato de enfermedades (Apéndice G).

Relación entre la obtención de datos cualitativos y la totalidad del Plan de Evaluación y Seguimiento

El plan de evaluación y seguimiento (*Monitoring and Evaluation*, o M&E) de *Networks* tiene tres vertientes para la recopilación de datos (65):

- La realización de encuestas domiciliarias para obtener información sobre el conocimiento y hábitos de las personas
- La realización de evaluaciones de los establecimientos de salud (observación de servicios y hábitos; evaluación del conocimiento de los trabajadores de salud, el equipo, los medicamentos, instrumentos, suministros, etc.; la satisfacción del cliente, que incluye el uso de métodos cualitativos y cuantitativos, etc.).
- La realización de evaluaciones de la comunidad, que utiliza métodos cuantitativos y cualitativos para conocer las percepciones, prioridades, necesidades y creencias de los interesados y otras personas que representen fuentes claves de información (Figura 4).

Planeamos trabajar estrechamente con quienes aplican el plan de evaluación y seguimiento, ya que los datos (especialmente los cualitativos) se utilizarán en el diseño de los programas de cambio de conductas de *Networks* (Figura 5). (Para mayor información, ver el Plan de Evaluación y Seguimiento de *Networks*)

Enfoques técnicos que hay que utilizar

El cometido de *Networks* es ampliar los servicios de planificación familiar, salud reproductiva, supervivencia infantil y combate del VIH, utilizando para ello formas de colaboración como redes de alianzas (entre las oficinas sobre el terreno de las entidades asociadas de *Networks*, las ONG locales, organizaciones locales de base, organismos gubernamentales y grupos del sector privado). Nuestros programas en los países donde se concentra *Networks* pueden ser nacionales o regionales y llevarse a cabo en asociación con grupos locales, o ser programas de pequeña escala realizados por ONG y otras entidades mediante subdonaciones. En ambos casos el enfoque técnico de *Networks* para el cambio de conductas se centrará en la comunidad, para tratar de fortalecer su capacidad de acción (siguiendo los principios rectores de las entidades asociadas de *Networks*)¹⁰, con vistas a lograr el cambio social. Si bien *Networks* se ha comprometido a fomentar el proceso de participación que promueve la autosuficiencia (26), reconocemos que la realidad sobre el terreno puede aconsejar el diseño y ejecución de programas con diferentes grados de participación por los interesados (ver el Apéndice H). Se explorarán las oportunidades de crear un efecto multiplicador, como el que generó

¹⁰ Las cinco entidades asociadas de *Networks* --ADRA (*Adventist Development and Relief Agency*/entidad adventista de ayuda al desarrollo), CARE (*Cooperative for Assistance and Relief Everywhere*/cooperativa para la ayuda y auxilio en todo lugar), PLAN International, PATH (*Program for Appropriate Technology in Health*/programa para la tecnología apropiada en salud) y Save the Children/US—se han comprometido a promover el desarrollo mediante la participación de la comunidad.



FIGURA 4 - Plan de evaluación y seguimiento de *Networks* para la recopilación de datos

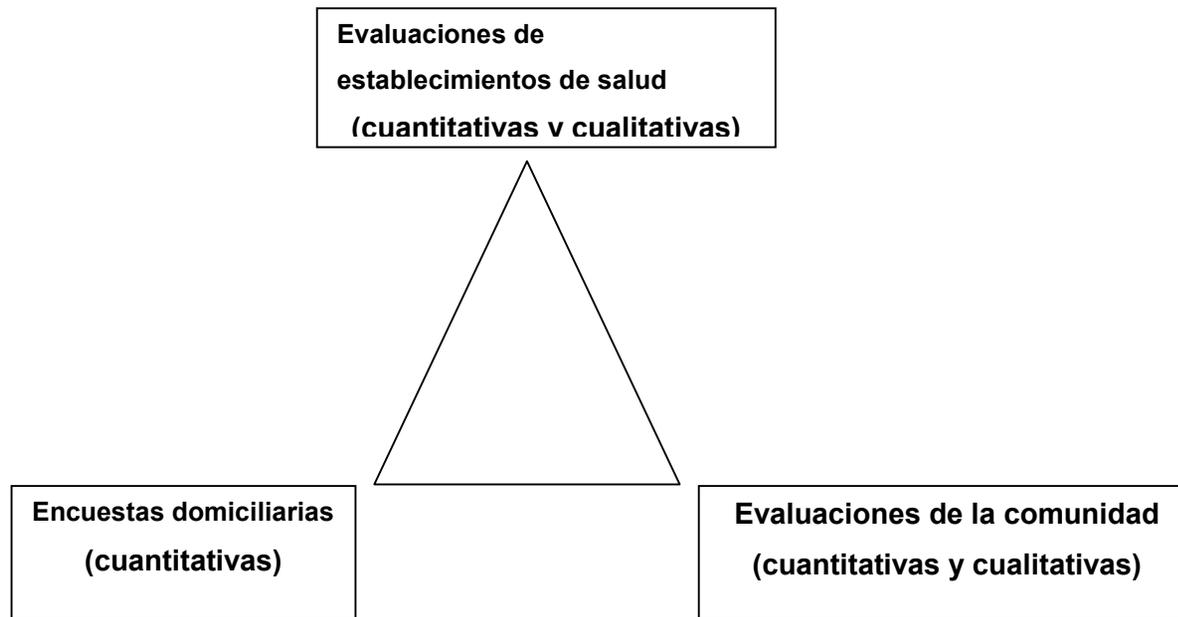


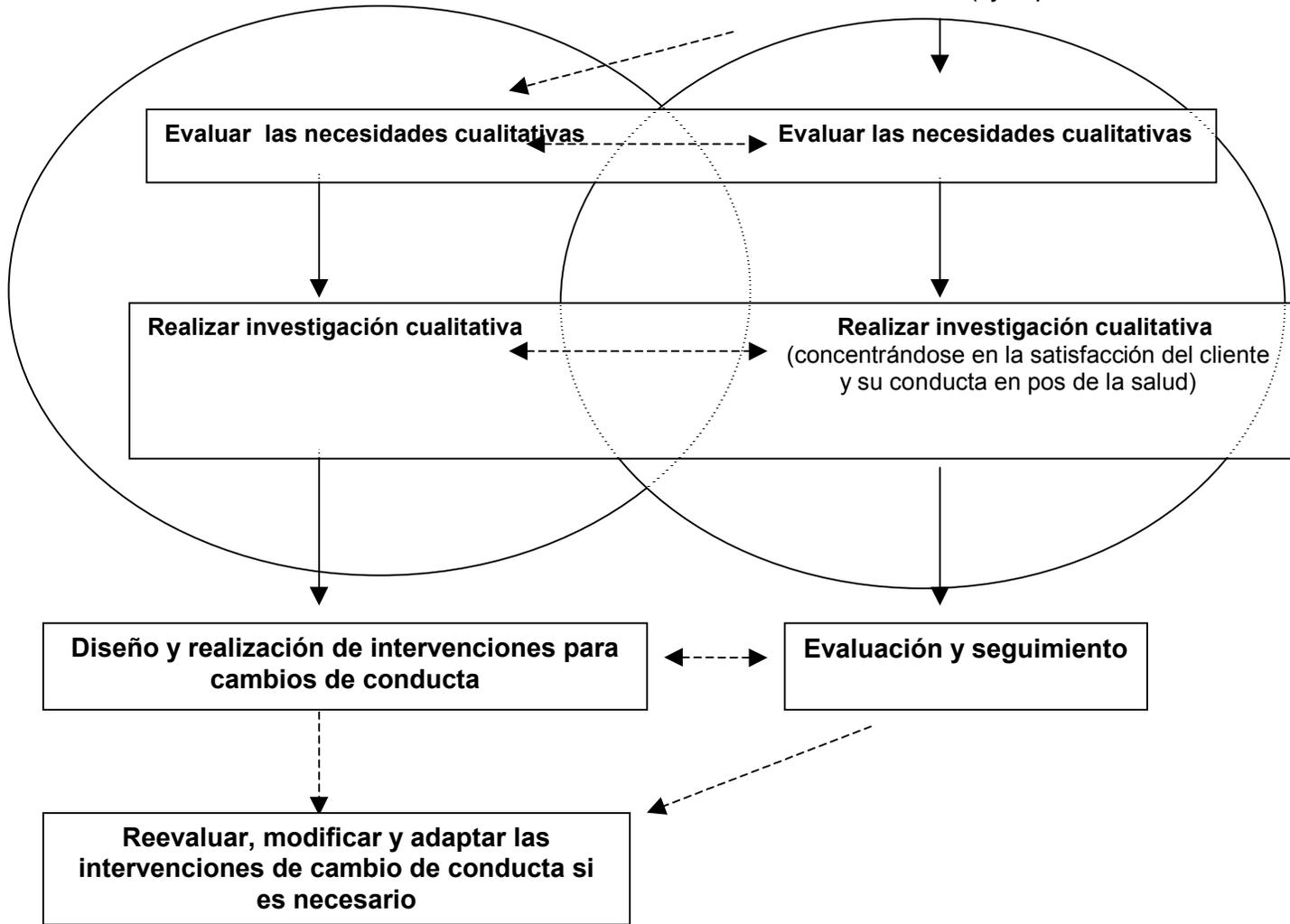


FIGURE 5 - Relación entre la recopilación de datos para evaluación y seguimiento, y los datos recopilados para el diseño de programas de cambio de conductas de *Networks*

Intervenciones para cambios de conducta

Evaluación y seguimiento

Estudio de referencia (ejemplo, encuestas domiciliarias)





TOSTAN en el movimiento que condujo a la prohibición de la mutilación genital femenina en Senegal. TOSTAN trabajó simultáneamente con una serie de comunidades ligadas entre sí por familiares políticos, de modo que, cuando los hombres y mujeres de una comunidad se movilizaron para combatir dicha práctica por considerarla en contra de los derechos humanos, el efecto fue la creación de un movimiento social. Un plan similar sería obtener la promesa de apoyo de las autoridades políticas de alto nivel, lo que podría elevar considerablemente las posibilidades de cambio social. La respuesta de Uganda y Tailandia (93,94,95,98) ante la pandemia de la infección por el VIH y el SIDA muestra como la voluntad de autoridades políticas de alto nivel y la participación de la comunidad pueden dar extraordinarios resultados en la reducción de la propagación del VIH.

Networks piensa usar una mezcla de enfoques técnicos, por considerar que no hay ninguno que sea adecuado para todos los contextos, públicos y estrategias. Dada nuestra concentración en el cambio de conducta mediante el fortalecimiento de la capacidad de acción de la comunidad, para lograr el cambio social a largo plazo (Apéndice A), preferimos los que tiendan a estimular la movilización social. Entre éstos se encuentran la movilización de la comunidad, la comunicación para el cambio social, la propugnación de políticas y el mercadeo social (15, 77). Definimos la movilización social como una serie de acciones y procesos planeados o espontáneos que permiten ponerse en contacto con los segmentos y sectores pertinentes de la sociedad, desde la comunidad hasta el nivel nacional, e influir sobre ellos y lograr su participación, para crear un ambiente que dé como resultado la conducta positiva deseada y el cambio social, y que se apoyen ambas cosas de manera sostenida (15).

La movilización de la sociedad es un proceso que usa diversas formas de participación de manera consciente para atraer a instituciones y líderes locales, grupos y miembros de la comunidad, y lograr que se organicen para luchar conjuntamente por un fin común. La movilización comunitaria se caracteriza por el respeto a la comunidad y sus necesidades.

La comunicación para el cambio social es un proceso de diálogo público y privado mediante el cual la gente define quién es, qué quiere, y cómo puede lograrlo. El cambio social se define como un cambio en la vida de las personas desde su propio punto de vista. Este planteamiento trata de volver a establecer un equilibrio entre los enfoques estratégicos para la comunicación y el cambio, de la forma siguiente:

- dejando de considerar a las personas como objetos del cambio ... y pensando en ellas y en sus comunidades como autoras de su propia transformación.
- dejando de diseñar, probar y diseminar mensajes...y apoyando el diálogo y debate sobre los principales temas que causan inquietud.
- dejando de transmitir sin más la información de expertos técnicos...e introduciendo con todo tacto dicha información en el diálogo y el debate.
- dejando de concentrarse en conductas personales... y pasando a considerar reglas y políticas sociales, así como la cultura y la existencia de un ambiente favorable.
- dejando de persuadir a la gente para que haga algo...y negociando la mejor forma de avanzar en un proceso de colaboración.
- evitando que los expertos técnicos de los organismos externos dominen la situación y dirijan el proceso...y dejando que las personas más afectadas por los temas que preocupan jueguen un papel central (77).



La propugnación de políticas es un proceso que implica una serie de acciones realizadas por ciudadanos organizados para transformar las relaciones de poder. El propósito es lograr cambios específicos en las políticas o asignación de recursos, que beneficien a la población envuelta en el proceso. Los cambios pueden ocurrir en el sector público o privado. La propugnación eficaz es la que tiene lugar dentro de un período razonable de tiempo y siguiendo un plan estratégico (15).

El mercadeo social consiste en la promoción y venta de productos, ideas o servicios que se consideran de valor social, utilizando para ello una serie de cauces y técnicas de mercadotecnia (15). Cuando se refiere a productos de atención sanitaria primaria, como condones, mosquiteros con insecticida y sales de hidratación oral, es una forma muy apropiada y pertinente de elevar el acceso mediante la distribución a escala. Parte del mercadeo social tradicional ha sido dirigido por expertos y sólo se han hecho partícipes a los beneficiarios en las investigaciones del mercado y las pruebas previas de los mensajes. Otros programas han hecho un esfuerzo conjunto por lograr una participación más activa de los interesados en el diseño, ejecución y evaluación del proceso (16). *Networks* apoyará este último planteamiento. Asimismo buscaremos oportunidades de realizar mercadeo social entre la comunidad, que es la mínima expresión del mercadeo social adaptado para que lo usen los que no se dedican a la publicidad y son profesionales de otro tipo (21).

Cauces de comunicación y estrategias que se usarán

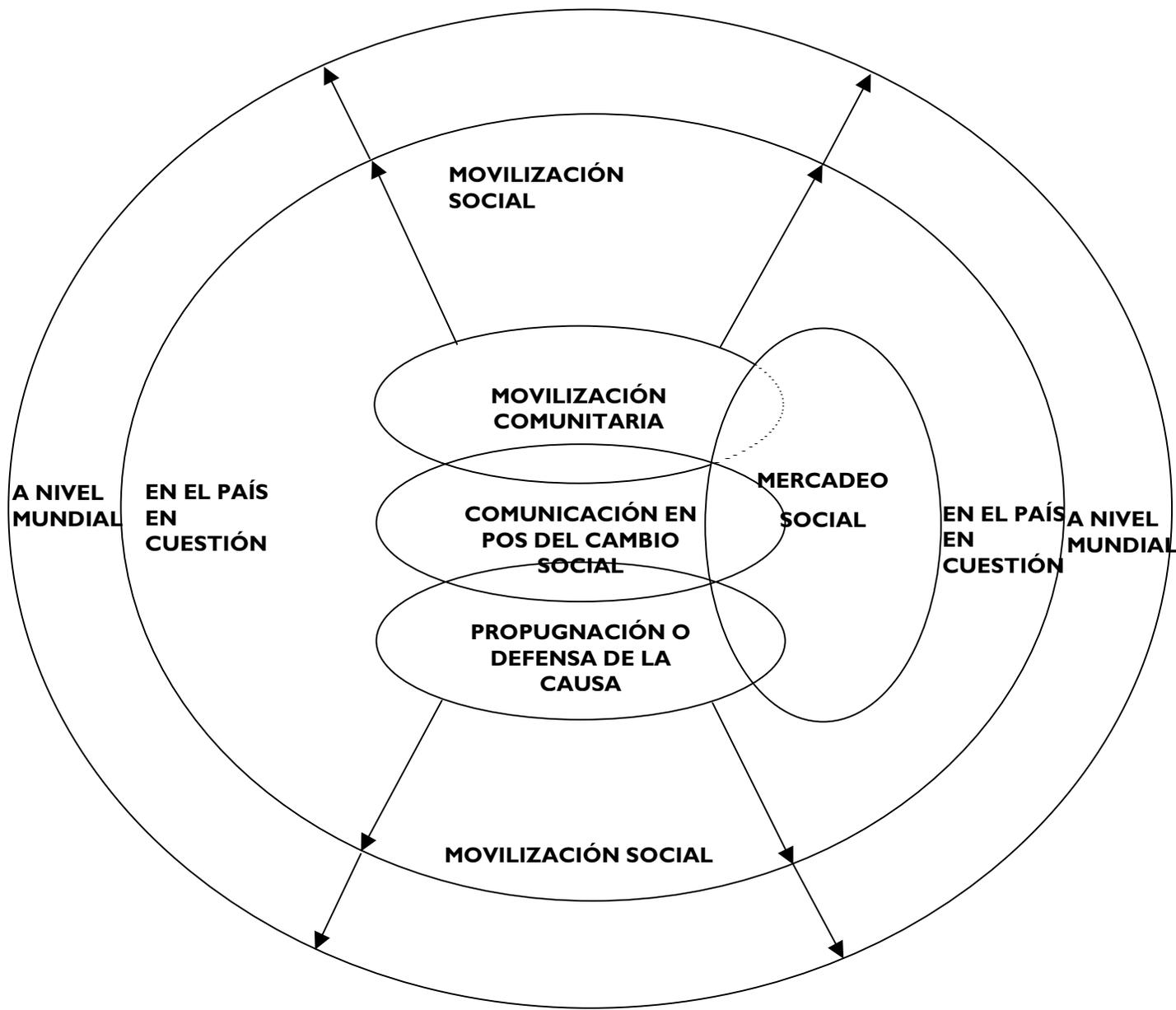
El uso eficaz de los cauces y estrategias de comunicación es esencial en todos los planteamientos técnicos para el cambio de conductas. Dado el compromiso de *Networks* de elevar la capacidad de acción de la comunidad, seleccionaremos cauces y estrategias de comunicación que lleven al diálogo, para alentar a la gente a cuestionarse las cosas. Si bien la comunicación a nivel personal es clave, se utilizarán otros cauces complementarios y que se refuercen entre sí, como la asesoría individual, los medios impresos, los medios populares y de comunicación de masas, y una mezcla de éstos con la comunicación personal.

Comunicación a nivel personal: Se trata del intercambio verbal y no verbal de información o sentimientos que tiene lugar cara a cara entre dos o más personas. Es un medio esencial en la mayoría de los planteamientos técnicos que serán utilizados por *Networks* en sus programas de cambio de conductas (especialmente en la movilización de la comunidad y la comunicación para el cambio social). La educación entre iguales y los programas de comunicación entre niños son ejemplos concretos de las estrategias utilizadas en este tipo de comunicación.

Asesoría a nivel individual: Es el proceso por el cual el consejero o proveedor del servicio ayuda al cliente a ponerse en contacto consigo mismo y tomar decisiones con conocimiento de causa sobre la acción más adecuada. En este proceso se reconoce la participación de dos expertos: el proveedor de servicios, que posee la información técnica, y el cliente, que sabe lo que mejor le conviene. Sin embargo, la mayoría de los proveedores de servicios han sido capacitados para proporcionar información técnica como autómatas, sin haberseles enseñado a reconocer las circunstancias personales de los clientes o a que ayuden al cliente a explorar las opciones a su disposición. El planteamiento de *Networks* será considerar dicha asesoría desde una perspectiva sistémica y alentar al cliente a que explore las alternativas a su disposición, decida las soluciones que más le convienen y esboce un plan de acción si es posible. Pero, teniendo en cuenta las dificultades a que se enfrentan los proveedores de servicios, como son el poco tiempo que pueden dedicar a cada cliente y la falta de un lugar privado en muchos establecimientos de salud, *Networks* también explorará la forma de



FIGURA 6 - Planteamientos técnicos de las intervenciones de cambio de conducta que se usarán en la programación de *Networks*



MOVILIZACIÓN SOCIAL

MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

COMUNICACIÓN EN POS DEL CAMBIO SOCIAL

PROPUGNACIÓN O DEFENSA DE LA CAUSA

MOVILIZACIÓN SOCIAL

MERCADEO SOCIAL

A NIVEL MUNDIAL

EN EL PAÍS EN CUESTIÓN

EN EL PAÍS EN CUESTIÓN

A NIVEL MUNDIAL



elevar la capacidad de acción de los propios proveedores, para que hagan lo posible por buscar soluciones innovadoras y realistas, que les permitan superar los obstáculos y proporcionar asesoría de forma sistémica e integral a sus clientes.

Medios impresos: Los medios impresos son especialmente importantes para diseminar información correcta sobre temas de salud, como pueden ser las instrucciones para utilizar un producto o la forma de reconocer los signos de peligro en una situación concreta. Lamentablemente dicho medio se encuentra con el obstáculo de la falta de alfabetización. Teniendo en cuenta que los niveles de alfabetización en los países donde Networks realizará actividades probablemente sean bajos, trataremos de crear (si se necesitan) materiales gráficos sencillos, para personas analfabetas o con poco nivel de alfabetización (105), y capacitar a los proveedores y a otras personas para que sepan utilizarlos. También buscaremos la forma de introducir en los programas de alfabetización y de enseñanza de destrezas, la información que podamos sobre los derechos humanos básicos y derechos de reproducción, así como sobre planificación familiar y otras cuestiones relativas a la salud reproductiva y la supervivencia infantil.

Medios populares: En todas las culturas los medios populares como el teatro de la comunidad, las marionetas, canciones, bailes, poemas y relatos de cuentos, además de servir de diversión, han jugado un papel importante en la transmisión de la historia de la comunidad y la diseminación de información. Trataremos de buscar y usar medios populares para promover el diálogo y hacer que la gente piense con actitud crítica sobre la planificación familiar y se cuestione otros temas de salud reproductiva y supervivencia infantil.

Medios electrónicos y otros medios de comunicación masiva: A medida que la radio y la televisión se vuelven más asequibles, incluso para la gente de bajo ingreso en diversos lugares del mundo, la comunicación masiva resulta un medio eficaz para diseminar información entre un gran número de personas. Será especialmente difícil incluir a quienes no han participado anteriormente en el diálogo (especialmente las poblaciones marginadas), ya que este medio de comunicación se ha visto controlado básicamente por la elite y otros con poder. Por ello buscaremos formas de elevar el grado de participación de la comunidad en estos medios, para poder incluir en el diálogo al mayor número de personas. Siempre que sea factible utilizaremos como principales medios la radio y el video de la comunidad, especialmente en las actividades de movilización de la comunidad.

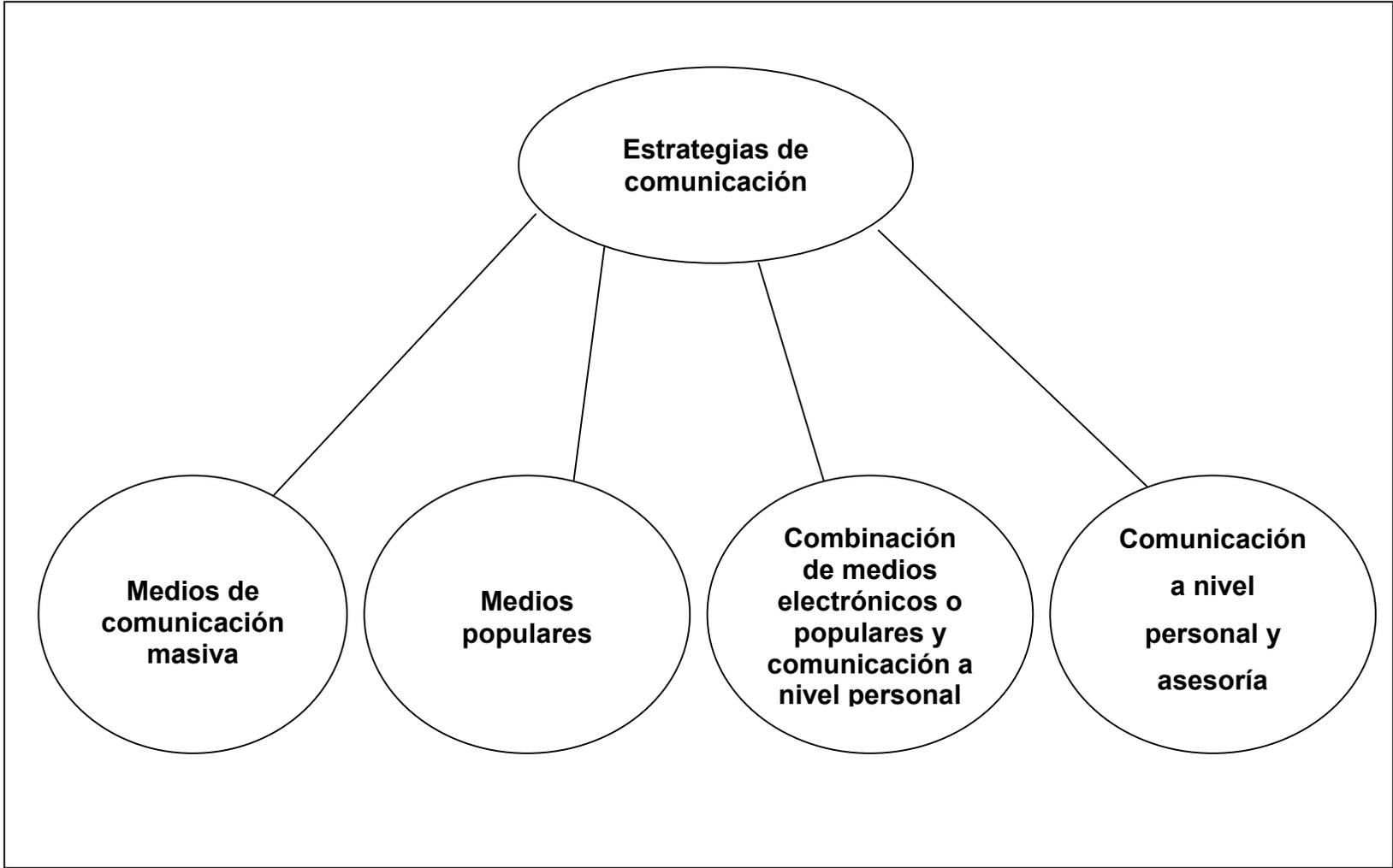
Combinación de los medios de comunicación masiva y medios populares con comunicación a nivel personal: Dicha combinación da lugar a estrategias eficaces en promover el diálogo y una actitud que lleve a cuestionarse las cosas. Usaremos los medios de comunicación masiva para promover tanto lo uno como lo otro en el tema de salud que se desee abordar, y la comunicación a nivel personal para mantener la dinámica del diálogo. Entre los ejemplos de dicha combinación se encuentran los grupos de radioescuchas, en los que la radio actúa como medio facilitador, y los debates después de asistir a obras de teatro o danzas en la comunidad .



Existen ejemplos interesantes de cómo se puede elevar la capacidad de acción de los clientes a través de la comunicación masiva, para que puedan exigir mejor tratamiento de los proveedores de servicios. Por ejemplo en Nepal, por razón de lo accidentado del terreno, que dificulta el transporte, la educación a distancia y la capacitación sobre comunicación y asesoría a nivel personal se llevaron a cabo por radio. Pero, los clientes también podían sintonizar y escuchar la transmisión de los programas de capacitación, y por ello se encontraron pudieron aprender los principios de comunicación interpersonal y asesoría, y saber qué podían esperar de los proveedores de servicios (66).



FIGURA 7 - Estrategias y cauces de comunicación





LA ESTRATEGIA DE EJECUCIÓN

En plan de entrada

Esta sección presenta un plan general para diseñar y llevar a cabo las actividades de un programa de cambio de conducta en los países donde se concentra *Networks*; pero, debido a que cada país presentará diferentes dificultades, el programa de cambio de conducta será flexible, para poder adaptarlo a las circunstancias del país.

Paso 1: En primer lugar *Networks* se enterará de cómo las entidades asociadas de NGO en el país en cuestión diseñan y llevan a cabo este tipo de programas. Para ello, *Networks* hará una lista de cosas como lo siguiente:

- *Enfoque actual de los programas de cambio de conducta:*
 - ¿Cuáles son los principios rectores de los programas de cambio de conducta?
 - ¿Cómo se diseñan y llevan a cabo dichos programas? ¿Están a la merced de la personalidad de quienes los diseñan y realizan?
- *Recursos humanos disponibles en la actualidad para el diseño y aplicación de programas de cambio de conducta:*
 - ¿Quién diseña y realiza programas de cambio de conducta? ¿Existe una persona designada para ello, o se incorpora el cambio de conducta a programas más amplios de salud reproductiva? ¿Cuál es la preparación de la persona encargada?
 - ¿Cuántas personas están envueltas en el diseño y aplicación de programas de cambio de conducta?
- *Desarrollo y diseminación o uso de materiales de comunicación y otras intervenciones:*
 - ¿Cómo se diseñan los materiales de comunicación? ¿Qué otras intervenciones se han desarrollado? ¿Se hace a nivel interno o se contrata a alguien de fuera?
 - ¿Qué procesos se utilizan?
 - ¿Quién se encarga del diseño de los materiales? ¿Qué formación tiene dicha persona?
 - ¿Cómo se diseminan los materiales de comunicación? ¿Cómo se aplican otras intervenciones de comunicación? ¿Qué capacitación se utiliza para la diseminación y uso de los materiales de comunicación e intervenciones?
 - ¿Qué instalaciones existen para almacenar materiales impresos y otros materiales de comunicación?

Ver el Apéndice H para mayor información sobre esta lista.

Paso 2: Después *Networks* averiguará cómo las demás organizaciones de las redes en el país en cuestión abordan los programas de cambio de conductas.

Paso 3: El asesor de Cambio de Conducta o Comunicaciones de *Networks* coordinará una reunión de las principales personas de la entidad asociada de NGO y otras organizaciones de las redes del país en cuestión para: (1) que puedan enterarse unas y otras de sus logros y recursos sobre programas de cambios de conducta; (2) repasar con actitud crítica el planteamiento técnico de la intervención de *Networks* para el cambio de conducta; (3) esbozar un enfoque común que se base en todos los



recursos disponibles para el diseño y la ejecución de este tipo de programas y los que sean apropiados para el contexto local; (4) esbozar planes de ejecución específicos (incluidas las estrategias, metodologías cualitativas e intervenciones que se usarán); (6) revisar los materiales y programas de comunicación existentes, para ver si falta información y existen otros cauces o medios adicionales de diseminar la información; y (7) definir estrategias para abordar dichas deficiencias.

Un aspecto importante de esta reunión será hacer ver a los participantes las posibles ventajas comparativas de participar en una red. Se alentará la formación de alianzas estratégicas, de forma que organizaciones con cualidades complementarias trabajen juntas. Ello permitirá que las organizaciones se concentren en aumentar su capacidad en las áreas específicas en que han decidido concentrarse, sin tratar de abarcar más de la cuenta. Por ejemplo, si una organización tiene bajo su cargo la prestación de servicios clínicos, se concentrará en aumentar su capacidad en dicha área, sin meterse a tratar de movilizar a la comunidad para que haga mayor uso de los servicios; y se asociará con otras organizaciones en la misma zona geográfica especializadas en movilizar a la comunidad.

Paso 4: El personal de las redes del país en cuestión, con ayuda del asesor de *Networks* sobre cambio de conductas y comunicación, proporcionará apoyo sistemático a las entidades asociadas a NGO en el país en cuestión, y a otras organizaciones, para ampliar aún más sus respectivas estrategias de cambio de conducta, la ejecución de dichos programas y los planes para elevar la capacidad.

Paso 5: El personal de las redes en el país y el asesor de *Networks* de cambio de conducta y comunicaciones examinarán los diversos aspectos del desarrollo de la investigación cualitativa y los programas. Se establecerán calendarios detallados de actividades. Se identificarán y asignarán recursos, y se definirán los lazos con el plan de evaluación y seguimiento, para que la investigación cualitativa se lleve a cabo de forma coordinada y sin duplicación de esfuerzos.

Paso 6: El asesor de cambio de conducta y comunicación de *Networks* trabajará estrechamente con el personal de las redes del país en cuestión, para determinar las necesidades de asistencia técnica y esbozar un plan de desarrollo de capacidad que complemente los planes de *Networks* para elevar la capacidad a nivel mundial y en dicho país.

Paso 7: El personal de las redes del país y el asesor de *Networks* de comunicación y cambio de conducta informarán periódicamente a la misión local de USAID sobre la evolución del enfoque local de *Networks* para el cambio de conducta.

Paso 8: Se patrocinarán una serie de actividades de apoyo continuo, como las relativas al acopio y diseminación de instrumentos y guías genéricas, el establecimiento de foros para debatir y compartir información, y ayudar al personal del país en cuestión a ser conscientes de sus necesidades de asistencia técnica, y satisfacerlas.

Estrategias de intervenciones de cambio de conducta para países específicos

El personal de la red del país en cuestión, con apoyo del asesor de cambio de conducta y comunicaciones de *Networks*, diseñará y ejecutará estrategias de programas de cambio de conducta específicas para el país. Sus tareas incluirán las siguientes:



-
- Diseñar metas y objetivos para los programas
 - Diseñar estrategias para los programas
 - Desarrollar y plan de evaluación y seguimiento
 - Identificar las necesidades de asistencia técnica y cómo pueden satisfacerse
 - Crear un plan de comunicación
 - Crear un plan para abogar por la causa (propugnación)
 - Crear un plan de capacitación
 - Definir los papeles y responsabilidades de los principales actores
 - Hacer un inventario de los recursos locales
 - Decidir cómo se movilizarán los recursos

Ver el Apéndice I.





BIBLIOGRAFÍA

- 1) AIDSCAP. The Technical Strategy BCC, 1993.
- 2) Airhihenbuwa, C. O. et al., Communications Framework for HIV/AIDS: A New Direction. Un proyecto de ONUSIDA y la Universidad Estatal de Pensilvania, 1999.
- 3) Bandura, A. Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control Over AIDS Infection, *Evaluation and Program Planning*, Vol. 13 páginas 9-17, 1990.
- 4) Bandura, A. *Self-efficacy in Changing Societies*, Cambridge University Press, 1995.
- 5) Bank, A. Communication strategies for the empowerment of women and young people in Nicaragua: some lessons learned, *Report from the Meeting on Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights, 10-11 de diciembre, 1997, Washington, D.C.*, compilado por Working Group on Reproductive Health and Family Planning, Population Council, Health and Development Policy Project, 1998.
- 6) Bartlett, P. et al. *Information, Education, and Communication (IEC) Strategy for the Support of AIDS and Family Health (STAFH) Project*, Malawi, 1995.
- 7) Basen-Engquist, K. et al. The safer choices project: methodological issues in school-based health promotion intervention research, *Journal of School Health*, 67(9): 365-71, noviembre de 1997.
- 8) Brown, E.R. Community Action for Health Promotion: A strategy to empower individuals and communities, *International Journal of Health Services*, 21(3): 441-456, 1991.
- 9) Brownlea, A. Participation: Myths, Realities, and Prognosis, *Social Science and Medicine*, Vol. 25, No. 6: 605-14, 1987.
- 10) Bruce, J. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework, The Population Council, Nueva York, 1991.
- 11) Campbell, I. Berlin Conference review: Behavior change through community involvement, *AIDS CARE*, 5(4):491-4, 1993.
- 12) Campbell, I. Community-informed consent for HIV testing and a continuum of confidentiality, *Tropical Doctor*, Vol. 29, 194-195, 1999.
- 13) CARE, *Embracing Participation in Development: Worldwide Experience from CARE's Reproductive Health Programs with a Step-by-step Field Guide to Participatory Tools and Techniques*, 1999.
- 14) Catholic Relief Services. *Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA): A Manual for CRS Field Workers and Partners*, 1998.



- 15) CEDPA. *Social Mobilization for Reproductive Health: A Trainer's Manual*, 1999 (borrador).
- 16) Centers for Disease Control. *Lessons Learned Year One, From the Prevention Marketing Initiative Demonstration Sites*, 1998.
- 17) Chambers, R. Participatory Rural Appraisal (PRA): Analysis of Experience, *World Development*, Vol. 22, No. 9, páginas 1253-1268, 1994.
- 18) Chambers, R. Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm, *World Development*, Vol. 22, No. 10, páginas 1437-1454, 1994.
- 19) Chambers, R. The Origins and Practice of Participatory Rural Appraisal, *World Development*, Vol. 22, No. 7, páginas 953-969, 1994.
- 20) Chambers, R. *Whose Reality Counts? Putting the first last*, Intermediate Technology Publications, 1997.
- 21) CHANGE Project. Innovative Approaches and Tools for Change (en elaboración).
- 22) CORE, *Effective Strategies to Promote Quality Maternal and Newborn Care, May 3-5, 1999*, Washington, D.C., 1999.
- 23) Cornwall, A. Body Mapping in Health RRA/PRA. In the SHIP: Sexual Health Information Pack. Using participatory learning approaches in sexual health work.
- 24) Brighton, U.K.: University of Sussex, Institute of Development Studies, junio de 1997.
- 25) Cornwall, A. Participation: Means and Ends, Paper submitted to Department of Anthropology, Escuela de Economía de Londres, 1995.
- 26) De Koning, K et al. *Participatory Research in Health: Issues and Experiences*, Zed Books Ltd., 1996.
- 27) De Koning, K. *Proceedings of the International Symposium on Participatory Research in Health Promotion*, Education Resource Group, Escuela de Liverpool de Medicina Tropical, 1994.
- 28) De Negri, B. et al Improving Interpersonal Communication Between Health Care Providers and Clients, Quality Assurance Methodology Refinement Series, 1999.
- 29) Department of Health and Human Services. *Effective Community Mobilization, Lessons From Experience: Implementation Guide*, Rockville, Maryland, 1997.
- 30) Eferaro, S. Adolescent reproductive health: teenagers get it right through peer groups, *POPULI*, 25(2):8-10, 1998.



- 31) Fetters, T. et al. Investing in Youth: Testing Community Based Approaches for Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health, CARE, 1999.
- 32) Franco, L.M. et al. Achieving Quality Through Problem Solving and Process Improvement, Second Edition, Quality Assurance Methodology Refinement Series, 1999.
- 33) Friere, P. *Pedagogy of the Oppressed*, Continuum Press, Nueva York, 1997.
- 34) GEM, Global Social Innovations: A Journal of the GEM Initiative, Weatherhead School of Management, Case Western University, Vol. 1, Ejemplar no. 3, invierno del 2000.
- 35) Goodman, RM et al. Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to provide a Basis of Measurement. *Health Education and Behavior*, Vol. 25(3):258-278, 1998.
- 36) Graeff, JA et al. *Communication for Health and Behavior Change: A Developing Country Perspective*, una publicación del Proyecto HealthCom, Academia para el Desarrollo Educativo. Financiado por USAID, 1993.
- 37) Hanenberg, and R., Rojanapithayakorn, W. Prevention as policy: how Thailand reduced STD and HIV transmission, *AIDSCAPTIONS*, mayo: 3(1):24-7, 1996.
- 38) Harding, C Reproductive health needs of adolescents, *POPULI*, 15(2): 13-4, 1998.
- 39) Hawe, P Capturing the Meaning of "Community" in Community Intervention Evaluation: Some Contributions from Community Psychology, *Health Promotion International*, Vol. 9. No.3., 1994.
- 40) Hornik, R et al. Knowledge can lead to behavior change: The Philippines National Urban Immunization Program, 1989-1990, sin publicar, 1991.
- 41) Hosein, E Integrated Marketing Communications Plan for Family Planning, presentado ante USAID Mbabane, 1995.
- 42) Hosein, E *Hitting the Wall—Finding a Door*, División de Población de Naciones Unidas, 1996.
- 43) Howard-Grabman, L Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector. Documento presentado en un taller del Instituto de Estudios de Desarrollo (*Institute for Development Studies*), en Londres, 1999
- 44) Howard-Grabman, L Community and Client Mobilization for Better Reproductive Health Services: Documento de postura del Proyecto FRONTIERS Project, Borrador, 1999.
- 45) Hughes, J et al. Improving the Fit; Adolescents' Needs and Future Programs for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries, *Studies in Family Planning*, Volumen 29, No. 2., 1998.



- 46) International HIV/AIDS Alliance, "*Pathways to Partnerships*" Toolkit, 1999.
- 47) Israel, B A Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control, *Health Education Quarterly*, Vol. 21 (2): 149-170, 1994.
- 48) Israel, B. A. Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions, *Health Education Quarterly*, Vol. 12(1):65-80, 1985.
- 49) Jato, M. et al. The Impact of Multimedia Family Planning Promotion On The Contraceptive Behavior of Women in Tanzania, *Family Planning Perspectives*, Volumen 25, Ejemplar no. 2, junio 1999.
- 50) Jewkes, R et al. Meanings of Community, *Social Science and Medicine*, Vol. 43, No. 4:555-563, 1996, 1996.
- 51) Jones, M. Editorial, *Tropical Doctor*, Vol. 29. 4, 1999.
- 52) Jonsson, U. et al. "Mobilization for Nutrition in Tanzania," *Reaching Health for All*, Oxford University Press, 1993.
- 53) Kaune, V. Communication strategies for maternal health in Bolivia, *Report from the Meeting on Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights, 10-11 de diciembre, 1997, Washington, D.C.* compilado por Working Group on Reproductive Health and Family Planning, Population Council, Health and Development Policy Project, 1998.
- 54) Kaune, V. and Seoane G. Evaluación de impacto de la adopción de 5 costumbres de la comunidad andina durante el parto en servicios de salud de La Paz y Cochabamba, Mothercare, 1999.
- 55) Krieger, L (1996) Behavior Change? Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology, 25-31 de marzo, 1996.
- 56) Lankester, T. *Setting Up Community Health Programmes: A Practical Manual for Use in Developing Countries*, The Macmillan Press, Ltd., 1992.
- 57) Macro. *Malawi 1996 Knowledge, Attitudes, and Practices in Health Survey*, 1997.
- 58) Macro. *Zambia 1996 Demographic and Health Survey*, 1997.
- 59) Madan, T. Community involvement in health policy: socio-structural and dynamic aspects of health beliefs, *Social Science and Medicine*, 25(6):615-20, 1987.
- 60) Minkler, M. *Community Organizing and Community Building for Health*, Rutgers University Press, 1997.



- 61) Mohamud, A. et al. *Improving Women's Sexual and reproductive health: Review of Female Genital Mutilation Eradication Programs in Africa*, presentado ante la OMS para su publicación, 1999.
- 62) Murphy, E. History of Behavior Change Interventions. *Report from the Meeting on Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights, December 10-11, 1997, Washington, D.C.*, compiled by the Working Group on Reproductive Health and Family Planning, Population Council, Health and Development Policy Project, 1998.
- 63) Narayan, D. *Participatory Evaluation: Tools for Managing Change in Water and Sanitation*, UNDP-World Bank Water and Sanitation Program, septiembre de 1992.
- 64) NGO Networks for Health. Field Notes From Bolivia, sin publicar.
- 65) NGO Networks for Health. *NGO Networks for Health Detailed Implementation Plan*, 1999.
- 66) NGO Networks for Health. *The Challenge: Rethinking Behavior Change Interventions, Proceedings and Recommendations, April 7-8, 1999*, Washington, D.C., 1999.
- 67) Nichter, M Project Community Diagnosis: Participatory Research as a First Step Towards Community Involvement in Primary Health Care, *Social Science and Medicine*, Vol. 19(3): 237-252, 1984.
- 68) Oakley, A Sexual health education interventions for young people: a methodological review, *British Medical Journal*, 310:158-162; 21 de enero, 1995.
- 69) Options, Challenging "Ke Garne": Experiences of the Nepal Safer Motherhood Project, Nepal Safer Motherhood Project, agosto de 1999.
- 70) Options, Nepal Safer Motherhood Project: a part of HMGN Safe Motherhood Programme, Challenges to Reducing Maternal Mortality, Experiences from the three districts in Nepal supported by the Nepal Safer Motherhood Project—Kailali, Sukhet and Baglung, agosto de 1999.
- 71) O'Rourke, K et al. Impact of Community Organization of Women on Perinatal Outcomes in Rural Bolivia, *Rev Panam Salud Publica/PanAm/ Public Health*, 3(1), 1998.
- 72) Oussama, T et al. Enabling approaches for HIV/AIDS prevention: can we modify the environment and minimize the risk? *AIDS*, 9:1299-1306, 1995.
- 73) Podhisita, C et al. Sociocultural Context of Commercial Sex Workers in Thailand: An Analysis of their Family, Employer, and Client Relations, paper presented for the IUSSP Seminar on AIDS Impact and Prevention in the Developing World: the Contribution of Demography and Social Science held in Annecy, France, December 5-9, 1993.
- 74) Prochaska, J O In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors, *American Psychologist*, Vol. 47 No. 9, 1102-1114, 1992.



- 75) Rissel, C Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health promotion International*, VI. 9, No.1:39-47, 1994.
- 76) Robertson, A y Minkler, M New Health Promotion Movement: A Critical Examination, *Health Education Quarterly*, otoño de 1994.
- 77) Rockefeller Foundation. Communication and Social Change: A Position paper and Conference Report, 1998.
- 78) Shah, M K et al *Listening to Young Voices: Facilitating Participatory Appraisals on Reproductive Health with Adolescents*, FOCUS on Young Adults, D.C., 1999.
- 79) Shelton, J Prevention First: A Three-Pronged Strategy To Integrate Family Planning Program Efforts Against HIV and Sexually Transmitted Infections, *International Family Planning Perspectives*, volumen 25, ejemplar no. 3, septiembre de 1999.
- 80) Srinivasan, L *Tools for Community Participation: A Manual for Training Trainers in Participatory Techniques*, PROWESS/UNDP—World Bank Sanitation Program, 1993.
- 81) Srinivasan, L *Options for Educators: A Monograph for Decision Makers on Alternative Participatory Strategies*, PACT/CDS, Inc., NY, 1992.
- 82) Sternin, J and Choo, R The Power of Positive Deviancy, *Harvard Business Review*, enero-febrero del 2000.
- 83) Sternin, M et al Scaling up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam, Poverty and Nutrition in Vietnam, Save the Children, 1999.
- 84) Stetson, V and Davis, R *Health Education in Primary Health Care Projects: A Critical Review of Various Approaches*, CORE, 1999.
- 85) Strand, J Summary of Change Theories, compiled for the National Cancer Institute's Office of Cancer Communications, 1994, sin publicar.
- 86) Sweat, M. D et al. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions, *AIDS*, Vol 9 (suppl A):S251-S257, 1995.
- 87) The Horizons Project, BCC/BCI Strategy, diciembre de 1998.
- 88) The Johns Hopkins University School of Public Health. Training in Qualitative Research Methods for PVOs and NGOs (and counterparts), agosto de 1999.
- 89) The Johns Hopkins University School of Public Health. Training in Qualitative Research Methods for PVOs and NGOs (and counterparts), agosto de 1999.
- 90) The World Bank. *IK Notes World Bank* No. 3, diciembre de 1998.



- 91) Thomas, J et al. The social ecology of syphilis, *Social Science & Medicine*, 48, 1081-1094, 1999.
- 92) TOSTAN, *Breakthrough in Senegal, Ending Female Genital Cutting*, un informe financiado por Population Council, 1999.
- 93) Ulin, PR African women and AIDS: negotiating behavioral change, *Social Science and Medicine*, 34(1):63-73, 1992.
- 94) UNAIDS. *AIDS education through Imams: A spiritually motivated community effort in Uganda*, 1998.
- 95) UNAIDS. *Knowledge is power: Voluntary HIV counselling and testing in Uganda*, 1999.
- 96) UNICEF. *Harnessing the Power of Ideas: Communication and social mobilization for UNICEF-assisted programmes: A case study*, 1990.
- 97) UNAIDS. *Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioral change: A synthesis of existing studies*, 1998.
- 98) UNAIDS. *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS: A comparative analysis of multi-site studies in developing countries*, 1999.
- 99) UNAIDS. *Social Marketing: An effective tool in the global response to HIV/AIDS*, UNAIDS Best Practice Collection, 1998.
- 100) UNAIDS. *Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change?* 1999.
- 101) US Department of Health and Human Services Public Health Services and National Institutes of Health, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*, 1995.
- 102) USAID. *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*, Displaced Children and Orphans Fund, 1999.
- 103) Visrutaratna, S et al. "Superstar" and "model brothel": developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand, *AIDS*, 9 Suppl 1:S69-75, 1995.
- 104) Webb, D *Guidelines for the evaluation of behavioral development and change in sexual health programmes*, UNICEF, Oficina regional del este y sur de África (ESARO), 1997.
- 105) Welbourn, A *Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, communication and relationship skills*, ACTIONAID, Londres, 1995.



- 106) Wight, D Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion, *Health Education Research*, 13(3):317-30, 1998.
- 107) Wiwat R, Hanenberg R The 100% condom programme in Thailand (editorial review), *AIDS*, 10:1-7, 1996.
- 108) Zimmerman, M et al Developing Health and Family Planning Materials for Low Literate Audiences: A Guide, PATH, edición revisada, 1996.



APÉNDICE A - Glosario

Búsqueda de elementos positivos (*appreciative inquiry*) es una metodología que se concentra en la capacidad, ventajas y recursos de la comunidad, en vez de en sus necesidades, deficiencias y problemas. Para tener en cuenta dichos puntos positivos hay que comenzar haciendo una lista de las dotes, destrezas y capacidad de los residentes de la comunidad. Es especialmente importante resaltar que todas las personas tienen algo positivo que contribuir, especialmente en lo que respecta a aquellos que frecuentemente se encuentran marginados por sus comunidades.

Comunidad puede ser un grupo de personas que viven en un territorio específico, o grupos de personas en lugares diferentes relacionadas entre sí por su profesión, intereses, edad, etnia, idioma u otras características.

Capacidad de la comunidad. Se considera una condición necesaria para el desarrollo, ejecución y mantenimiento de programas efectivos en promover la salud y combatir enfermedades en la comunidad. Implica la existencia de poder, participación y liderazgo, destrezas, recursos, redes sociales e interinstitucionales en la comunidad, así como un sentido de pertenecer al grupo, conocimiento de la trayectoria de la comunidad, valores comunes y juicio crítico.

Empoderamiento, potenciación o elevación de la capacidad de acción de la comunidad es el proceso mediante el cual grupos de personas, organizaciones y comunidades adquieren y comparten conjuntamente la capacidad de analizar problemas, proponer soluciones, recabar y administrar recursos y actuar de forma eficaz para poder transformar sus vidas y medio ambiente de forma positiva.

Movilización de la comunidad implica el uso de procesos de debate y participación para lograr que las instituciones y líderes locales, así como grupos y miembros de la comunidad se organicen para actuar colectivamente en pos de un fin común. Se caracteriza por el respeto a la comunidad y sus necesidades.

Organización de la comunidad es un proceso (de cambio) que fortalece la capacidad de acción de la gente, mediante su adquisición de destrezas, conocimientos, experiencia, relaciones de apoyo, y la eficacia individual y colectiva necesaria para identificar puntos positivos, recursos, ventajas, problemas y necesidades, y asumir la responsabilidad de desarrollar, planear, administrar, controlar, y evaluar las acciones que conllevan a promover el bienestar y desarrollo de la comunidad. Este proceso implica acciones dentro de la comunidad y en colaboración y enlace con otros fuera de la misma.

Participación de la comunidad se refiere a los diversos grados en que las personas y grupos participan, desde el nivel más bajo y más pasivo, hasta el de mayor actividad. Hay que tener en cuenta:

- QUIÉN participa
- QUIÉN no participa;
- CÓMO participan;
- CUÁNTO participan;



- QUÉ TIPO de participación; y
- POR QUÉ participan.

La participación se refiere tanto a personas como a grupos y puede tener aspectos negativos. Los beneficios y ventajas dependen del proceso en que tiene lugar. La participación de la comunidad se lleva a cabo mediante la movilización de la misma.

Cuestionarse las cosas o pensar con aptitud crítica (*critical thinking*). Es el proceso de conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y evaluar con dinamismo y destreza la información recogida o generada mediante observación, experiencia, reflexión, razonamiento o comunicación, para que sirva como guía tanto en el establecimiento de opiniones como en las acciones que se tomen.

Empoderamiento, potenciación, o elevar la capacidad de acción. Es un proceso mediante el cual las personas, grupos y comunidades locales son consciente de su situación y la sociedad donde viven, y hacen algo al respecto. Dicha potenciación puede tener lugar a nivel individual, en el hogar, grupos locales, la comunidad o una entidad de mayor tamaño. Implica la capacidad de organizarse e influir en la realización de cambios, por tener acceso a conocimientos, el proceso político, y recursos financieros, sociales y naturales.

Ambiente favorable (*enabling environment*) es aquel donde existen todos los factores (política gubernamental, participación comunitaria, carreteras accesibles, etc.) de los que depende el éxito de un programa o proyecto.

Autoeficacia es el grado de confianza que una persona tiene sobre su capacidad para realizar una tarea o conducta específica. Conlleva aspectos cognoscitivos y conductivos. Por ejemplo, la actitud que la persona tiene en general sobre sí suele afectar la confianza con que aborda una tarea o conducta difícil; pero también dicha confianza puede elevarse con la práctica de la conducta o tarea, o observando lo que hacen personas similares.

Cambio social. Se define como el cambio que tiene lugar en la vida de la gente, según ella misma lo define. Muchas personas en la comunidad de desarrollo trabajan por lograr cambios sociales que mejoren la vida de la población marginada política y económicamente, basándose en principios de tolerancia, autodeterminación, equidad, justicia social y la activa participación de todos.

Movilización social consiste en una serie de acciones y procesos para ponerse en contacto con todos los segmentos y sectores pertinentes de la sociedad, desde la comunidad hasta el nivel nacional, para influir sobre ellos y conseguir que participen en la creación de un ambiente favorable al logro y mantenimiento de conductas positivas y cambio social.



APÉNDICE B - A continuación se presenta una lista de ejemplos de indicadores de programas sobre las acciones y conductas promovidas por el proyecto (tomados del plan de evaluación y seguimiento)

- 1) Coeficiente de uso de métodos anticonceptivos. Es el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad que están utilizando algún método anticonceptivo. Se subdivide entre usuarias nuevas y existentes, y por número de partos (0, 1, 2)
- 2) Porcentaje de mujeres con hijos de 0 a 11 meses de edad en que este último nacimiento estuvo separado por más de 23 y menos de 35 meses de su parto anterior
- 3) Porcentaje de complicaciones obstétricas en que se remitió a la mujer, de la comunidad al siguiente nivel de atención (se supone que surgen complicaciones en el 15% de los partos).
- 4) Porcentaje de mujeres con hijos entre 0 y 11 meses de edad en que el último parto no fue planeado.
- 5) Porcentaje de nacimientos en mujeres con hijos de 0 a 11 meses de edad que fueron asistidos por personal debidamente preparado con conocimientos médicos
- 6) Porcentaje de mujeres de <24 años que han tenido su primer hijo antes de los 20
- 7) Porcentaje de mujeres con hijos de 0 a 5 meses de edad que están usando de forma consciente y correcta el método de amenorrea por lactancia con fines de planificación familia
- 8) Edad promedio en que tiene lugar el primer coito
- 9) Porcentaje de niños entre 0 y 23 meses de edad que han tenido diarrea en las últimas dos semanas y han recibido una solución de hidratación oral (según la definición del programa nacional para combatir la diarrea), o el líquido que se recomienda administrar en el hogar (clasificación por casos)
- 10) Porcentaje de niños entre 0 y 23 meses de edad que han tenido diarrea en las últimas dos semanas y han seguido recibiendo la misma cantidad de alimentos (clasificación por casos)
- 11) Porcentaje de lactantes entre 0 y 11 meses de edad que empezaron a amamantar en menos de una hora después del parto (y de ahí en adelante de forma periódica)
- 12) Porcentaje de lactantes entre 0 y 5 meses de edad que son amamantados exclusivamente (obtenido poniéndose en contacto con madres de lactantes en dicho grupo de edad)
- 13) Porcentaje de lactantes entre 6 y 9 meses de edad que recibieron leche materna y alimentos sólidos (en las últimas 24 horas, según la memoria de la madre)
- 14) Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usaron condones en su última relación sexual



-
- 15) Porcentaje de varones de 15 a 49 años que usaron condones en su última relación sexual
 - 16) Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que colocaron condones en un maniquí durante una sesión de aprendizaje
 - 17) Porcentaje de trabajadores de salud en establecimientos de salud que siguen las normas fijadas mediante instrumentos de evaluación y análisis de situación, u otro instrumento pertinente del establecimiento
 - 18) Porcentaje de mujeres/varones en las entrevistas a la salida de los establecimientos de salud que se mostraron satisfechos con el servicio recibido
 - 19) Porcentaje de madres con lactantes de 0 a 5 meses que tuvieron consultas antes del parto con un trabajador de salud con preparación clínica



APÉNDICE C - Teorías de cambio de conducta

Si bien NGO *Networks for Health* tendrá en cuenta teorías de cambio de conductas, como las que se describen en las secciones sobre Teorías de pasos o etapas y Teorías Cognoscitivas, nos concentraremos en las de cambio social. A continuación se mencionan algunas de las principales entre estas últimas, pero esperamos encontrar y aplicar otras teorías sociales que lleguen a nuestro conocimiento.

Teorías de pasos o etapas

Modelo de persuasión insumo/producto

Pone de relieve la diversidad de efectos de la comunicación y la forma en que distintos aspectos (como el diseño de mensajes, su fuente y medio de diseminación, así como las características del público) influyen en las conductas que resultan.

Teoría de etapas de cambio

Esta teoría indica las etapas por las que pasa una persona al adoptar nuevas conductas. El cambio de conducta tiene lugar cuando la mente pasa varias veces por las distintas etapas de un proceso en espiral, desde la precontemplación, contemplación, preparación y acción, al mantenimiento de la nueva conducta.

Modelo de creencias sobre la salud

Este modelo psicológico trata de explicar y predecir conductas de salud concentrándose en las actitudes y creencias de las personas.

Teorías cognoscitivas

Teoría de acción razonada

Esta teoría indica que la adopción de una conducta es el resultado de la intención, que viene determinada por la actitud de la persona respecto a la realización de la conducta (creencias y valores que se esperan), así como por las reglas sociales que dicha persona percibe (la importancia y opinión de los demás).

Teoría de aprendizaje social (o teoría cognoscitiva social)

Esta teoría sostiene que la conducta y cognición afectan el comportamiento futuro. La conducta humana, según esta teoría, puede explicarse por un modelo triádico, dinámico y recíproco en el que participan la conducta, factores personales e influencias externas. La conducta de la persona queda determinada por la relación de estos factores entre sí. Los elementos personales esenciales incluyen entre otros la capacidad de la persona de ver la conducta de forma simbólica, anticipar resultados, aprender observando a los demás, y la confianza en su propia capacidad (incluida la superación de los obstáculos), así como el poder de autodeterminación de la persona o autoregulación de la conducta, y la capacidad de reflexionar y analizar experiencias.



Teorías de cambio social

Teoría de difusión de innovaciones

Examina la forma en que nuevas ideas, productos y prácticas sociales pasan de persona a persona, y de una comunidad o sociedad a otra. La difusión no se considera un proceso que tiene lugar en una sola dirección, sino una compleja interrelación entre redes de medios de comunicación, grupos sociales, y tipos de opinión. Este modelo describe los factores que influyen sobre la forma de pensar y las acciones de la gente y el proceso de internalizar una nueva tecnología o idea.

Teorías de cambio social

El reconocimiento de que los valores, reglas y modelos de conducta social a nivel local afectan la conducta individual ha llevado a concentrarse más en la comunidad como medio de lograr un cambio permanente a gran escala. Quienes proponen este enfoque “comunitario” tratan de cambiar las características de lo que se consideran conductas aceptables en la comunidad, cambiando los modelos establecidos en lo que respecta a la salud.

Teoría de la red social

Las teorías de cambio de conducta que ponen de relieve el poder de las redes sociales señalan la existencia de dos fuentes básicas de influencia. Una puede llamarse “influencia normativa” y se basa en el simple deseo de la persona de ser aceptada por el grupo; y la “influencia informativa”, que se basa en la creencia de que la opinión del grupo debe ser la correcta, aunque difiera de nuestra propia forma de pensar o conducta.

Fuente:

Strand, J. Summary of Change Theories, Compilado para la Oficina de Comunicación sobre el Cáncer, del Instituto Nacional del Cáncer, 1994

Horizons Project, Behavior Change Intervention Strategy, 1998.



APÉNDICE D - Algunos de los instrumentos populares de Evaluación rural participativa (PRA) y Aprendizaje y acción participativos (PLA) utilizados en los programas de salud reproductiva

Instrumento:	Qué son:
Mapas sociales	Los miembros de la comunidad dibujan una presentación visual de su lugar de residencia, que muestra los límites territoriales de la comunidad, la infraestructura social (carreteras, suministro de agua, escuelas, áreas con columpios y otros juegos de niños, talleres, clínicas y demás espacios públicos), así como la distribución de las viviendas. El mapa debe mostrar todas las viviendas del lugar.
Mapa censal	Los mapas censales se utilizan para recopilar información fácilmente mensurable sobre la comunidad (por ejemplo, información sobre el hogar, como el número de adultos, tanto hombres como mujeres, el número de niños de ambos sexos, niveles de educación y alfabetización, empleo, propiedad de los recursos, problemas de salud, la incidencia de paludismo o tuberculosis, el uso de métodos anticonceptivos, etc. Se hace por hogar.
Paseos transversales (<i>transect walks</i>)	Un paseo transversal es una entrevista móvil, en la cual los miembros del equipo se pasean por la comunidad con “guías” proporcionadas por ésta y hacen preguntas relacionadas con lo que ven, y otras cosas anotadas en una lista de verificación que llevan consigo.
Clasificación de riqueza y bienestar	Se trata de una técnica mediante la cual la propia comunidad hace una clasificación de las familias por su riqueza relativa.
Mapas corporales (<i>body maps</i>)	Los participantes hacen diagramas en los que muestran su conocimiento sobre la estructura del cuerpo humano y la forma en que los diferentes órganos funcionan y están relacionados entre sí.
Diagramas de Venn	Este tipo de diagramas ofrecen otra forma de hacer un “mapa” de la comunidad, centrado en las relaciones sociales, en vez de familiares.
Clasificación y puntuación (<i>ranking & scoring</i>)	Es un método mediante el cual se evalúan y clasifican las diversas opciones por orden. Se usa para analizar preferencias o la prevalencia de algo, así como en los procesos de toma de decisiones. Ayuda a analizar las opciones disponibles o bajo consideración sobre un tema específico, los criterios con que son evaluadas por la persona o el grupo, y la forma en que cada una de ellas cumple con dichos criterios, así como la opción que acaban por elegir los participantes.



Instrumento:	Qué son:
Análisis de causa-efecto (diagramas de flujo)	Estos diagramas los dibujan los participantes para entender las causas y el efecto de un evento, problema o actividad en su vida. También ayudan a establecer nexos entre diferentes causas y efectos.
Análisis del uso diario del tiempo	Es un método que pide que los participantes hagan una lista por orden de todas las actividades que llevan a cabo normalmente durante el día. Aunque es más eficaz hacerlo por persona, también se puede hacer por grupo.
Análisis de temporadas	Los participantes hacen un calendario en el que dividen el año por meses, estaciones o trimestres, y hacen una lista de actividades, eventos o problemas que tienen lugar. Esto permite un análisis de secuencias cíclicas, sobre la disponibilidad de alimentos, la prevalencia de enfermedades, la deuda, la relativa prosperidad, la tensión para ganarse la vida, los niveles de actividad sexual, la disponibilidad de tiempo libre o de descanso, etc.
Análisis de tendencias	Este método se utiliza para entender los puntos de vista de la gente y las pautas de cambio, normalmente durante un período de 40 a 50 años, respecto a indicadores y temas específicos de su interés. Es un instrumento útil para iniciar un debate con las personas mayores y analizar lo que piensan sobre los cambios que están teniendo lugar en su comunidad y en sus propias vidas.
Relatos por viñetas (<i>picture stories/cartooning</i>)	Es una técnica sencilla en la que se pide a los participantes que preparen, a nivel individual o en grupo, un relato por viñetas de los eventos que normalmente tienen lugar en sus vidas. Se usa para tener un conocimiento más a fondo de las conductas sexuales y comparar los resultados con la información que se obtenga mediante otras formas de diálogo.
Entrevistas semiestructuradas	Dichas entrevistas son conversaciones dirigidas, en las que únicamente se fijan de antemano los temas que se van a tratar, y las preguntas o información que se obtiene surgen como resultado del debate e impresiones que se forman.
Grupos de enfoque (o debates en grupos sobre un tema en particular)	Se trata de debates en grupos pequeños, en los que se trata un tema específico con la ayuda de un moderador que dirige la conversación con una guía orientativa. Son conversaciones informales en las que se alienta la contribución de puntos de vista y opiniones de todos los presentes.
Estudios de caso, relatos y retratos	Este método consiste en recoger anécdotas, relatos de experiencias personales, o descripciones de acontecimientos especiales en la vida de una persona, que puedan surgir en conversación con ella, y proporcionen un conocimiento valioso sobre las cuestiones que se estén considerando.



Instrumento:	Qué son:
Escenificación	La escenificación es una presentación en escena de una situación real. Los participantes pueden actuar sus propias experiencias u otras que conozcan. Puede ser breve para presentar un hecho o describir la conducta de una persona, o bien algo más largo que cubra varios aspectos de un mismo tema.

Fuente:

CARE. *Embracing Participation in Development: Worldwide experience from CARE's Reproductive Health Programs with a step-by-step field guide to participatory tools and techniques*, octubre de 1999.

Schoonmaker Freudenberger, K. *Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA): A Manual for CRS Field Workers and Partners*, Catholic Relief Services, 1998.

The Johns Hopkins University School of Public Health. *Training in Qualitative Research Methods for PVOs and NGOs (and counterparts)*, agosto de 1999.





APÉNDICE E - Ejemplo de lista de temas y métodos para realizar evaluaciones participativas con adolescentes sobre salud sexual y reproductiva

Instrumentos y actividades para compartir el aprendizaje						
	Mapas sociales	Mapas censales	Paseos transversales	Clasificación de riqueza y bienestar	Mapas corporales	Diagramas de Venn
EJEMPLOS DE TEMAS						
Información/conocimientos						
¿De qué fuentes obtienen los adolescentes su información sobre sexo, salud reproductiva y anticonceptivos?						X
Tipo de conocimientos que poseen y grado de información sobre: el sistema reproductivo, el embarazo, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y su tratamiento.					X	
Necesidad de otra información que puedan haber expresado					X	X
¿Con quién se sienten cómodos hablando de sus problemas de salud y temores?						X
Actitudes						
¿Cuál es la edad ideal para casarse?					X	
¿Cuál es la edad ideal para tener hijos?					X	
Opiniones sobre el uso de métodos anticonceptivos					X	
Situaciones en las que se usan métodos anticonceptivos						
Situaciones en las que no se usan métodos anticonceptivos						
¿Hay mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual entre las niñas o los niños?						
En caso de embarazo, ¿quién toma la responsabilidad?						
¿Por qué se considera aceptable tener relaciones sexuales con un familiar cercano (¿qué familiar y por qué?)?						X
¿Por qué tener relaciones sexuales?						
¿Por qué no?						
Proporción de niñas y niños que se abstienen de tener relaciones sexuales						
Conducta						
Edad en el momento de la primera relación sexual					X	
Espacio de tiempo entre la primera y la segunda relación						
Número de compañeros sexuales y razón				X		
Dinero por sexo ¿qué tipo y cuánto?						
Preferencias en cuanto a compañero/a sexual: Tipo, Edad, riqueza/bienestar, parentesco		X		X		
¿En qué lugares tienen relaciones sexuales los adolescentes?	X		X			
¿Qué hacen cuando tienen una infección de transmisión sexual?						

Instrumentos y actividades para compartir el aprendizaje						
	Mapas sociales	Mapas censales	Paseos transversales	Clasificación de riqueza y bienestar	Mapas corporales	Diagramas de Venn
EJEMPLOS DE TEMAS						
¿Qué hacen cuando se quedan embarazadas (o dejan a una chica embarazada)?						
Proporción de niñas que quedan embarazadas						
Proporción de embarazos que acaban en aborto (con las razones correspondientes)						
¿Quién decide si se va a usar algún método anticonceptivo, y el método?						
¿Quién lo obtiene?						
Preferencias por diferentes métodos						
Uso de condones, Proporción de las parejas que los usan						
¿De dónde los obtienen?	X		X			
¿Se pueden obtener fácilmente?						
¿Cuáles son los obstáculos para elevar el uso de condones?						
Impacto sobre la actividad sexual de los adolescentes						
Condiciones de vida y relaciones sexuales						
Forma en que viven (¿con quién viven?)	X	X	X			
¿Cómo prefieren vivir?						
Relación entre el nivel de actividad sexual y la Forma en que viven				X		
Frecuencia de relaciones sexuales con familiares cercanos				X		X
Circunstancias en las que tiene lugar la relación sexual (forzada, voluntaria)				X		X
Tendencias						
Cambios entre generaciones respecto a la edad en que se inicia el contacto sexual, los niveles de actividad sexual, las fuentes de información, tradiciones y creencias, métodos de planificación familiar, número de compañeros/as sexuales, relaciones sexuales sin riesgo, tipos y tratamiento de infecciones de transmisión sexual						
Uso de la clínica						
Proporción de adolescentes que usan la clínica	X	X				X
Razones por las que los adolescentes usan la clínica						
¿Puede elevarse el uso de la clínica? ¿Cómo?						
Información sobre si se proporciona algún servicio gratuito en la clínica						
Sugerencias de los adolescentes						
Sobre la Forma de mejorar los servicios de la clínica						
Sobre la Forma de mejorar su salud reproductiva y sexual					X	

Instrumentos y actividades para compartir el aprendizaje						
	Listas, clasificación y puntuación	Análisis de causa-efecto (diagramas de flujo)	Análisis del uso diario del tiempo	Análisis de temporadas	Análisis de tendencias	Censo sexual participativo
EJEMPLOS DE TEMAS						
Información/conocimientos						
¿De qué fuentes obtienen los adolescentes su información sobre sexo, salud reproductiva y anticonceptivos?	X					X
Tipo de conocimientos que poseen y grado de información sobre: el sistema reproductivo, el embarazo, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y su tratamiento.	X	X		X		
Necesidad de otra información que puedan haber expresado	X					
¿Con quién se sienten cómodos hablando de sus problemas de salud y temores?	X					X
Actitudes						
¿Cuál es la edad ideal para casarse?	X	X			X	
¿Cuál es la edad ideal para tener hijos?	X	X			X	
Opiniones sobre el uso de métodos anticonceptivos	X	X			X	
Situaciones en las que se usan métodos anticonceptivos	X	X				
Situaciones en las que no se usan métodos anticonceptivos	X					
¿Hay mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual entre las niñas o los niños?	X	X			X	X
En caso de embarazo, ¿quién toma la responsabilidad?	X	X			X	X
¿Por qué se considera aceptable tener relaciones sexuales con un familiar cercano (¿qué familiar y por qué?)?	X					X
¿Por qué tener relaciones sexuales?	X	X			X	X
¿Por qué no?	X	X			X	X
Proporción de niñas y niños que se abstienen de tener relaciones sexuales	X					X
Conducta						
Edad en el momento de la primera relación sexual	X				X	X
Espacio de tiempo entre la primera y la segunda relación	X					X
Número de compañeros sexuales y razón	X	X	X			X
Dinero por sexo ¿qué tipo y cuánto?	X	X	X			X
Preferencias en cuanto a compañero/a sexual: Tipo, Edad, riqueza/bienestar, parentesco	X	X				X
¿En qué lugares tienen relaciones sexuales los adolescentes?	X					
¿Qué hacen cuando tienen una infección de transmisión sexual?		X				

Instrumentos y actividades para compartir el aprendizaje						
	Listas, clasificación y puntuación	Análisis de causa-efecto (diagramas de flujo)	Análisis del uso diario del tiempo	Análisis de temporadas	Análisis de tendencias	Censo sexual participativo
EJEMPLOS DE TEMAS						
¿Qué hacen cuando se quedan embarazadas (o dejan a una chica embarazada)?		X				
Proporción de niñas que quedan embarazadas	X	X			X	X
Proporción de embarazos que acaban en aborto (con las razones correspondientes)	X	X			X	X
¿Quién decide si se va a usar algún método anticonceptivo, y el método?	X	X				
¿Quién lo obtiene?	X	X				
Preferencias por diferentes métodos	X	X				
Uso de condones, Proporción de las parejas que los usan	X					
¿De dónde los obtienen?	X					
¿Se pueden obtener fácilmente?						
¿Cuáles son los obstáculos para elevar el uso de condones?	X	X				
Impacto sobre la actividad sexual de los adolescentes	X	X				
Condiciones de vida y relaciones sexuales						
Forma en que viven (¿con quién viven?)	X		X			
¿Cómo prefieren vivir?			X			
Relación entre el nivel de actividad sexual y la Forma en que viven	X	X	X			X
Frecuencia de relaciones sexuales con familiares cercanos	X		X			X
Circunstancias en las que tiene lugar la relación sexual (forzada, voluntaria)	X	X			X	X
Tendencias						
Cambios entre generaciones respecto a la edad en que se inicia el contacto sexual, los niveles de actividad sexual, las fuentes de información, tradiciones y creencias, métodos de planificación familiar, número de compañeros/as sexuales, relaciones sexuales sin riesgo, tipos y tratamiento de infecciones de transmisión sexual	X			X	X	
Uso de la clínica						
Proporción de adolescentes que usan la clínica	X	X		X	X	
Razones por las que los adolescentes usan la clínica	X	X				
¿Puede elevarse el uso de la clínica? ¿Cómo?	X	X				
Información sobre si se proporciona algún servicio gratuito en la clínica						
Sugerencias de los adolescentes						
Sobre la Forma de mejorar los servicios de la clínica	X	X				
Sobre la Forma de mejorar su salud reproductiva y sexual	X	X				

Instrumentos y actividades para compartir el aprendizaje					
	Relatos por viñetas	Entrevistas semiestructuradas	Discusiones en grupos de enfoque	Estudios de caso, relatos y retratos, escenificación	Escenificaciones
EJEMPLOS DE TEMAS					
Información/conocimientos					
¿De qué fuentes obtienen los adolescentes su información sobre sexo, salud reproductiva y anticonceptivos?	X	X	X	X	X
Tipo de conocimientos que poseen y grado de información sobre: el sistema reproductivo, el embarazo, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y su tratamiento.	X	X	X	X	X
Necesidad de otra información que puedan haber expresado				X	
¿Con quién se sienten cómodos hablando de sus problemas de salud y temores?	X	X	X	X	X
Actitudes					
¿Cuál es la edad ideal para casarse?	X	X	X		
¿Cuál es la edad ideal para tener hijos?	X	X	X		
Opiniones sobre el uso de métodos anticonceptivos	X	X	X		
Situaciones en las que se usan métodos anticonceptivos	X		X		
Situaciones en las que no se usan métodos anticonceptivos			X		
¿Hay mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual entre las niñas o los niños?			X		
En caso de embarazo, ¿quién toma la responsabilidad?	X	X	X		
¿Por qué se considera aceptable tener relaciones sexuales con un familiar cercano (¿qué familiar y por qué?)?	X	X	X		
¿Por qué tener relaciones sexuales?	X	X	X	X	X
¿Por qué no?	X	X	X	X	X
Proporción de niñas y niños que se abstienen de tener relaciones sexuales					
Conducta					
Edad en el momento de la primera relación sexual	X	X	X	X	X
Espacio de tiempo entre la primera y la segunda relación	X	X	X		
Número de compañeros sexuales y razón	X	X	X	X	X
Dinero por sexo ¿qué tipo y cuánto?	X	X	X	X	X
Preferencias en cuanto a compañero/a sexual: Tipo, Edad, riqueza/bienestar, parentesco		X	X		X
¿En qué lugares tienen relaciones sexuales los adolescentes?	X		X		
¿Qué hacen cuando tienen una infección de transmisión sexual?	X	X	X	X	

Instrumentos y actividades para compartir el aprendizaje					
	Relatos por viñetas	Entrevistas semiestructuradas	Discusiones en grupos de enfoque	Estudios de caso, relatos y retratos, escenificación	Escenificaciones
EJEMPLOS DE TEMAS					
¿Qué hacen cuando se quedan embarazadas (o dejan a una chica embarazada)?	X	X	X	X	X
Proporción de niñas que quedan embarazadas	X		X		
Proporción de embarazos que acaban en aborto (con las razones correspondientes)	X		X		
¿Quién decide si se va a usar algún método anticonceptivo, y el método?	X	X	X	X	X
¿Quién lo obtiene?	X	X	X	X	X
Preferencias por diferentes métodos			X		
Uso de condones, Proporción de las parejas que los usan			X		
¿De dónde los obtienen?	X	X	X		
¿Se pueden obtener fácilmente?			X		
¿Cuáles son los obstáculos para elevar el uso de condones?	X		X		
Impacto sobre la actividad sexual de los adolescentes	X		X	X	X
Condiciones de vida y relaciones sexuales					
Forma en que viven (¿con quién viven?)					
¿Cómo prefieren vivir?					
Relación entre el nivel de actividad sexual y la Forma en que viven	X		X	X	X
Frecuencia de relaciones sexuales con familiares cercanos		X	X		
Circunstancias en las que tiene lugar la relación sexual (forzada, voluntaria)	X	X	X	X	X
Tendencias					
Cambios entre generaciones respecto a la edad en que se inicia el contacto sexual, los niveles de actividad sexual, las fuentes de información, tradiciones y creencias, métodos de planificación familiar, número de compañeros/as sexuales, relaciones sexuales sin riesgo, tipos y tratamiento de infecciones de transmisión sexual			X		
Uso de la clínica					
Proporción de adolescentes que usan la clínica			X		X
Razones por las que los adolescentes usan la clínica			X		
¿Puede elevarse el uso de la clínica? ¿Cómo?			X		
Información sobre si se proporciona algún servicio gratuito en la clínica			X		
Sugerencias de los adolescentes					
Sobre la Forma de mejorar los servicios de la clínica			X		
Sobre la Forma de mejorar su salud reproductiva y sexual			X		



APÉNDICE F - La actuación por etapas o pasos (*stepping stones approach*)

El objeto del enfoque de *Etapas o pasos* consiste en permitir que los hombres y mujeres describan y analicen sus experiencias y busquen soluciones propias a los dilemas de salud sexual a que se enfrentan. Se trata de poner de relieve los efectos de los papeles masculino y femenino y la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres y la gente joven en las decisiones sobre conducta sexual. Dicho enfoque se basa en los siguientes principios:

- Las mejores estrategias de prevención son las que establecen los miembros de la comunidad por sí mismos.
- Diferentes grupos paritarios necesitan diferente tiempo y espacio para explorar sus propias necesidades.
- El cambio de conducta será más efectivo y sostenible si participan todos los miembros de la comunidad.

Dicho enfoque fue creado como forma de capacitación en programas de prevención de la infección por el VIH, y es una metodología que ha sido adaptada a nivel local para ayudar a las comunidades a abordar cuestiones de planificación familiar, violencia familiar, infecciones de transmisión sexual, y otras que se consideran temas de género en el contexto local. Los siguientes cuatro componentes son esenciales en los talleres de capacitación:

- **Capacidad de cooperar en grupo:** incluido en lo que se refiere a reglas básicas, riesgos, nuestros cuerpos, nuestra salud sexual, los papeles femenino y masculino, e inquietudes sobre la forma en que nos juzgamos a nosotros mismos y a los demás
- **Información sobre el VIH y el SIDA:** incluida la forma de transmisión, protección, uso de condones, etc.
- **El por qué nos comportamos de la forma en que lo hacemos:** diferentes papeles entre los sexos, el alcohol, las tradiciones, el dinero y el poder.
- **Formas en que podemos cambiar:** ser más firmes, hablar por nosotros mismos, mayor confianza, sobreponernos a la muerte y planear de cara al futuro.

El conjunto inicial de materiales de capacitación consiste en un manual y un vídeo que describen la forma de realizar el taller en 18 sesiones durante varias semanas. El enfoque es participativo e implica trabajar con cuatro grupos pares distribuidos por edad y sexo. Todo el trabajo en los grupos pares se basa en las propias experiencias de los participantes. Un facilitador les orienta en su realización de una serie de ejercicios, para que aprendan a entenderse mejor a sí mismos y su situación. No se necesita saber leer o escribir. Todos los ejercicios en el manual se basan en dibujos y escenificaciones que permiten a la gente “prepararse para la realidad”. Al poner énfasis las escenificaciones, dibujos, canciones y bailes de los propios participantes, se aliente la participación de todos al mismo nivel. Es importante acordarse de que estos talleres son apenas el comienzo del proceso y no constituyen un fin en sí mismos.





APÉNDICE G - Otros métodos cualitativos que pueden usarse al diseñar las intervenciones de cambio de conducta de *Networks*

Método cualitativo:	En qué consiste:
Observación de participantes (<i>participant observation</i>)	El objeto principal de esta metodología es explorar temas, ideas y cuestiones, y establecer una buena relación con las personas que se observan. En esta metodología uno alterna entre los papeles de observador y participante y no puede dejar que le vean tomar notas
Observación de enfoque no estructurado (<i>unstructured focus observation</i>)	Esta observación se hace de forma obvia, puesto que el observador toma notas (que incluyen conductas verbales y no verbales). El observador puede aplicar una guía o lista de verificación al realizar la actividad.
Listado libre (<i>free listing</i>)	Esta metodología se utilizan por lo menos 10 informadores que responden a una pregunta básica, como “¿Cuáles son los diferentes tipos de X que se le ocurren?”, o “Nombre todos los X que conozca”. Las preguntas secundarias son opcionales, pero pueden incluirse algunas como aclaración o para obtener información adicional. Ejemplo: “Describe lo que ocurre cuando tiene lugar X”, o “¿Qué debe hacer una persona si ocurre X?”
Clasificación en grupos (<i>pile sorting</i>)	Esta metodología puede proporcionar conocimiento sobre la forma en que los informadores agrupan cosas, basándose en su propio sistema cultural de clasificación.
Guías etnográficas sobre el terreno (<i>Ethnographic Field Guides</i>)	Esta metodología permite al investigador identificar y explorar temas pertinentes con informadores claves, usando para ello entre 10 y 20 preguntas, que se utilizan más a modo orientativo que como cuestionario.



Método cualitativo:	En qué consiste:
Relato de enfermedades	<p>Esta metodología permite al investigador identificar la forma en que ocurren las cosas en la vida real, en vez de en situaciones hipotéticas, y comparar los resultados con la información obtenida de otros instrumentos. Por ejemplo, en un relato de una enfermedad infantil, se tratará de:</p> <p>obtener un relato de la situación en torno a una enfermedad infantil reciente que interese; y Averiguar las condiciones, causas, tratamiento usado en el hogar, cambio de dieta durante la enfermedad, proveedores de atención a la salud consultados, y costos.</p> <p>Dicha información puede usarse para diseñar la estrategia de comunicación.</p>

Fuente: The Johns Hopkins University School of Public Health. Training in Qualitative Research Methods for PVOs and NGOs (and counterparts), agosto de 1999.



APÉNDICE H - Niveles de participación: fines y medios

Forma de participación	Tipo de participación	Control externo	Posibilidad de que sea sostenible, y que la gente local actúe y lo considere suyo
Incorporación	<ul style="list-style-type: none"> • Simbólica, manipulación • Se elige a representantes pero no tienen poder real ni hacen contribuciones 	***** ***** *****	
Cooperación	<ul style="list-style-type: none"> • Se asignan tareas, con incentivos, gente de fuera decide el temario y dirige el proceso 	***** ***** *****	
Consultada	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitan alternativas a nivel local • Gente de fuera analiza y decide la acción que se toma 	***** ***** *****	* ** ***
Colaboración	<ul style="list-style-type: none"> • la gente local trabaja con los de fuera para establecer prioridades; la responsabilidad de dirigir el proceso siguen teniéndola los de fuera 	***** ***** ***** *****	***** ***** ***** *****
Co-aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • la gente local y los de fuera comparten sus conocimientos para crear una nueva perspectiva y trabajan juntos al establecer planes de acción, con facilitación externa 	**** *** ** *	***** ***** *****
Acción colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • la gente local establece su propio temario y se moviliza para llevarlo a cabo. Los de fuera NO son iniciadores ni facilitadores, si no que hacen lo que pide la gente local 		***** ***** ***** *****

Fuente: Andrea Cornwall, 1995



APÉNDICE I - Ejemplo de lista de preguntas a considerar cuando se elabora una estrategia de programas de cambio de conducta en los países donde se concentra *Networks*

Pasos:	Principales Cuestiones a Considerar:
1. Determinar las metas (y objetivos) del programa del país en que se concentra <i>Networks</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las metas (y objetivos) del programa? • ¿Quién las define? • ¿Cómo se definirán? ¿Se puede comenzar por esbozar simplemente el fin principal, por ejemplo la reducción de la mortalidad materna y neonatal, y luego establecer los objetivos específicos en colaboración con los interesados, incluida la comunidad? Si no es así ¿cómo se logrará la participación de los interesados en el diseño de las intervenciones? ¿y cómo haremos que sientan el programa como algo suyo?
2. Determinar las estrategias generales que se usarán en los programas de salud reproductiva:	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales estrategias que se van a usar en el programa? (Ejemplos: política de uso de condones al 100% en los prostíbulos; condones y otro método; etc.) • ¿Cuáles son los elementos específicos de dichas estrategias? • ¿Es una la creación de alianzas o coaliciones? En caso afirmativo, ¿con qué posibles entidades? (ver el paso no. 3) • ¿Cuáles son los pasos e instrumentos que se usarán para establecer dichas alianzas o coaliciones?
3. Identificar las tareas actuales de los programas de cambio de conducta y cómo encajarán el planteamiento de <i>Networks</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué otras organizaciones o grupos están haciendo algo similar en las áreas donde nos proponemos actuar? • ¿Cuál es su planeamiento técnico en intervenciones de cambio de conductas? • ¿Cómo encajará el enfoque de <i>Networks</i> en lo que se está llevando a cabo en la actualidad? ¿Se complementará o duplicará el trabajo actual? ¿Si es probable que el enfoque de <i>Networks</i> duplique lo que se viene haciendo, cómo se puede trabajar en equipo para aprovechar los recursos al máximo? • ¿Cómo están dichos grupos colaborando en la actualidad? ¿Cómo trabajará <i>Networks</i> con ellos? • ¿De qué recursos técnicos disponen los grupos que se dedican a intervenciones para el cambio de conductas? ¿Cómo puede <i>Networks</i> fortalecer o mejorar dichos recursos?
4. Determinar la necesidad de elevar la capacidad de las entidades asociadas y otros que colaboren en la formación de una red en el país donde se concentra <i>Networks</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué programas de cambio de conductas han diseñado y ejecutado las organizaciones asociadas y otras entidades que participan en las redes del país en cuestión? • ¿Cuáles principios rectores se han seguido al ejecutar programas de cambio de conducta? • ¿Qué programas de comunicación se han llevado a cabo? Es decir, ¿qué materiales, programas etc. de comunicación se han desarrollado? • ¿Qué destrezas técnicas tienen las entidades asociadas y otros participantes en programas de cambio de conductas y comunicación?



Pasos:	Principales Cuestiones a Considerar:
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se apoyará y promoverá su aceptación como algo propio del planteamiento de <i>Networks</i> para programas de cambio de conductas? • ¿Cuáles son las destrezas, en comunicación y programas de cambio de conducta, que necesitan las organizaciones asociadas y otros grupos que participen en las redes en el país donde se concentra <i>Networks</i>, para diseñar y llevar a cabo programas efectivos de cambio de conducta? • ¿Quién esbozará el plan para mejorar la capacidad? ¿Cómo se llevará a cabo dicho plan? ¿Qué recursos se necesitan? ¿Cómo se tendrá acceso a los mismos? (ver el Paso no. 6) • ¿Cómo trabajarán juntas (a nivel de distrito, provincial y nacional) en el país en cuestión las organizaciones asociadas y las otras entidades que se unan a ellas para formar una red, y cómo se plantearán los programas para cambio de conductas?
<p>5. Diseño y ejecución de programas de cambio de conductas:</p>	<p><u>En términos generales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se diseñarán y llevarán a cabo los programas de cambio de conducta? ¿Qué organizaciones o grupos formarán la red? ¿Hay algún otro grupo u organización dedicada a este tipo de programas que no se encuentra en la red general del país en cuestión? ¿Cuál será su papel? • ¿Cómo se logrará que dichas organizaciones se unan para elevar la capacidad, promover un clima de confianza, y mejorar la eficacia colectiva? • ¿Quién tendrá la responsabilidad general del diseño y aplicación de los programas de cambio de conducta? ¿Cómo se tomará dicha decisión? • ¿Quiénes son los principales interesados en los programas de cambio de conductas? ¿Cómo participarán en el diseño y aplicación de los mismos, y cómo se logrará que los adopten y consideren como algo propio? • ¿Cuáles son las posibilidades de enlazar varias comunidades para crear un efecto multiplicador? ¿Qué puede usarse como catalizador para promover la acción colectiva? • ¿Cuáles son los fines del cambio de conducta? ¿Cuál es su relación con los fines del programa? ¿Pueden establecerse en colaboración con los interesados, incluida la comunidad? Si no es así, ¿cómo se promueve su aceptación por la comunidad como algo propio? • En caso afirmativo, ¿que tipo de investigación cualitativa y metodologías de acción se emplearán? ¿Qué instrumentos se emplearán? ¿Quién decidirá lo uno y lo otro? • ¿Cómo se ligará esta recopilación de datos al plan de evaluación y seguimiento de <i>Networks</i>? • ¿Cuáles son las estrategias que se usarán en los programas de cambio de conductas? ¿Quién decidirá esto? ¿En qué planteamientos técnicos se basarán dichas estrategias? • ¿Qué recursos se necesitarán? ¿Cómo se conseguirán? (Esto habrá que decidirlo después de que se establezcan los componentes de comunicación, capacitación, evaluación y seguimiento)



Pasos:	Principales Cuestiones a Considerar:
	<p><u>Plan de comunicación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cauces de comunicación y estrategias se usarán en los distintos niveles (personal, domiciliario, comunitario, en el centro de salud, la región y el país)? ¿Cómo se tomarán las decisiones sobre los cauces y estrategias que se aplicarán? ¿Qué instrumentos se emplearán para evaluar los cauces y estrategias de comunicación más efectivos? • ¿Cómo se desarrollarán los materiales e intervenciones de comunicación (para los diversos públicos y niveles)? ¿Se hará dentro de la organización o se contratará a alguien de fuera? ¿Qué destrezas se necesitan? ¿Se dispone de ellas en la organización que realiza el programa? De lo contrario, ¿qué se hará para cubrir dicha falta? (ver el paso no. 4) • ¿Cuál será el planteamiento para elaborar el contenido de dichos materiales? ¿Cómo participarán los interesados, y especialmente la comunidad, en dicha etapa? • ¿Cómo podemos promover una verdadera participación y diálogo entre los interesados (especialmente la comunidad) para la elaboración y uso de los materiales de comunicación y otras intervenciones? ¿Qué estrategias específicas se usarán para promover el cambio social? • ¿De qué instalaciones se dispone para almacenar los materiales de comunicación? ¿Son apropiadas? Si no, ¿cómo se abordará este problema? • ¿Cuáles son las estrategias específicas para lanzar o diseminar dichos materiales? ¿Cuál será el calendario de actividades para dicho lanzamiento y diseminación? • ¿Cuáles son las necesidades específicas de capacitación para la totalidad del plan de comunicación? (ver el plan de capacitación) • ¿Quién es responsable de aplicar el plan de comunicación? • ¿Cuáles son la totalidad de los recursos que se necesitan para diseñar y aplicar dicho plan? • ¿Qué recursos existen en las organizaciones y grupos participantes para diseñar y aplicar un plan efectivo de comunicación? ¿Cómo pueden recabarse dichos recursos? <p><u>Plan de propugnación de la causa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes son los interesados? • ¿Cuáles son los principales temas? • ¿Cuáles son los principales obstáculos? • ¿Quiénes es la oposición (los que no están de acuerdo con su punto de vista)? ¿Quiénes están de su parte (los que apoyan su punto de vista)? • ¿Cuál es el plan para avanzar? • ¿Cuáles son los indicadores de que se está teniendo éxito? • ¿Cuál es el calendario de actividades? • ¿Cuál será el efecto en el contexto o tema más amplio?



Pasos:	Principales Cuestiones a Considerar:
	<p><u>Plan de capacitación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las necesidades de capacitación?: <ul style="list-style-type: none"> – comunicación a nivel personal y asesoría – desarrollo de materiales; – forma de contratar a las empresas de publicidad; – planeación del programa; – gerencia del programa; – evaluación y seguimiento; – ¿A quién hay que capacitar? ¿Quién hará la evaluación de necesidades? ¿Cómo se hará? • ¿Cómo se hará la capacitación (por ejemplo, entrenando a capacitadores)? ¿Quién lo hará? • ¿Qué metodologías se emplearán? ¿Que cursos se usarán? ¿Qué plan de estudios se elaborará o adaptará? ¿Quién lo elaborará o adaptará? • ¿Quién se encargará de aplicar el plan de capacitación? • ¿Cuáles son los recursos que se necesitan para diseñar y aplicar dicho plan? • ¿Qué recursos tienen las organizaciones participantes, en lo referente a todos los aspectos de la capacitación? ¿Como puede hacerse uso de dichos recursos? <p><u>Plan de evaluación y seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se ligará este plan al Plan de evaluación y seguimiento de <i>Networks</i>? • ¿Quién diseñará y aplicará el plan de evaluación y vigilancia o seguimiento? ¿Quién se responsabilizará del mismo? • ¿Cómo puede incluirse a los interesados en la evaluación y seguimiento? ¿Qué puede hacerse para que lo consideren como algo suyo? ¿Cómo podemos garantizar que los interesados aprenderán y aplicarán los datos obtenidos para mejorar la efectividad de sus propias intervenciones? • ¿Cuáles son los recursos que se necesitan para diseñar y aplicar un plan eficaz de evaluación y seguimiento? • ¿Qué recursos existen en las organizaciones y grupos participantes para diseñar y llevar a cabo un plan eficaz de evaluación y seguimiento? ¿Cómo puede hacerse uso de los mismos?
6. Averiguar las necesidades de asistencia técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la asistencia técnica que se necesita para aplicar la estrategia de la intervención de cambio de conducta? (ver el Paso no. 4) • ¿De qué recursos se dispone? ¿Cómo se usarán? • ¿Quién será responsable de la coordinación de la asistencia técnica cuándo surja la necesidad?